

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

GERMANY GONÇALVES VELOSO

**O QUE É A PESQUISA ACADÊMICA EM ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE?
Tentativa de uma definição consensual**

**SÃO PAULO
2012**

GERMANY GONÇALVES VELOSO

**O QUE É A PESQUISA ACADÊMICA EM ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE?
Tentativa de uma definição consensual**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração em Empresas — aprovada com “distinção”

Linha de Pesquisa:
Gestão Socioambiental e da Saúde

Eixo Temático:
Administração e Planejamento em Saúde

Orientadora:
Profa. Dra. Ana Maria Malik

**SÃO PAULO
2012**

Veloso, Germany Gonçalves.

O que é a pesquisa acadêmica em administração em saúde? Tentativa de uma definição consensual / Germany Gonçalves Veloso. – 2012.
225 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde - Pesquisa. 2. Saúde - Administração. 3. Saúde – Estudo e ensino. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 001.891

GERMANY GONÇALVES VELOSO

O QUE É A PESQUISA ACADÊMICA EM ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE? Tentativa de uma definição consensual

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração em Empresas — aprovada com “distinção”

Linha de Pesquisa:
Gestão Socioambiental e da Saúde

Eixo Temático:
Administração e Planejamento em Saúde

Data:
12/06/2012

Banca Examinadora

Profa. Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof. Álvaro Escrivão Junior
FGV-EAESP

Prof. Rodrigo Bandeira-de-Mello
FGV-EAESP

Profa. Rita de Cássia Barradas Barata
FCMSCSP

Prof. Eduardo Raupp de Vargas
PPGA/UnB

Para Gabriel, Bruno e Rosana

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Maria Malik pela presença em todas as fases deste projeto. Desde a orientação geral, passando pelas cobranças, correções, referências, sugestões, dicas e até mesmo enviando pessoalmente dezenas de e-mails para os respondentes.

Aos professores Rodrigo Bandeira-de-Mello e Álvaro Escrivão Junior pelas sugestões e críticas realizadas durante o processo de qualificação. Especificamente em termos de desenvolvimento da metodologia e referências, além de indicar respondentes.

Ao professor Abraham Laredo Sicsu pelas aulas, dicas e orientações em estatística nas diversas fases do projeto.

Aos professores Djair Picchiali e Wilson Rezende pelas sugestões e indicações de respondentes.

A Leila Dall'Acqua e Cinthia Costa pela ajuda com os e-mails e nas dificuldades do doutorado. Aos funcionários da FGV.

À FGV pela ajuda com a bolsa e no auxílio financeiro para apresentar as publicações que realizei durante o doutorado.

Aos professores e colegas da FGV, que além dos *insights* também ajudaram com indicação de respondentes.

Aos cento e cinquenta respondentes anônimos. Muitos deles, jamais pensei que responderiam. Muitos surpreenderam pelo tempo e dedicação dispensados para responder.

A minha família, que tem me apoiado durante todos estes anos.

A Rosana, Bruno e Gabriel, pelo apoio e pelos momentos de descontração.

RESUMO

Comparada à área de formação em administração em saúde, a área acadêmica de pesquisa de gestão em saúde não goza do mesmo nível de reconhecimento. Além disso, ela tem superposições com diversas outras áreas científicas adjacentes. Evidências mostram também que não há uma definição clara e consensual sobre o escopo e características distintivas desta área. O objetivo da presente tese foi averiguar se existe uma concepção implícita compartilhada, sobre a pesquisa na área, entre estudiosos de organizações de saúde e elaborar uma definição consensual fundamental de estudos em administração em saúde. Com base no referencial teórico sobre campos científicos e utilizando identificação de vocábulos distintivos/construção consensual – técnica já aplicada em outros campos –, realizou-se um levantamento entre estudiosos de organizações de saúde a fim de captar elementos conceituais característicos dos estudos da área, as suas principais diferenciações, principalmente em relação à área de administração, e derivar um consenso implícito. Em paralelo, foi realizada também análise temática a fim de aumentar a validade dos achados. Em um segundo levantamento, com autores-chave, autoridades científicas e editores de periódicos de campos adjacentes, buscou-se extrair suas opiniões sobre uma definição explícita da área, suas características distintivas e demarcações com estas respectivas áreas. A partir da análise dos dados dos levantamentos foi possível constatar a existência de um consenso latente, foi possível elaborar uma definição tentativa sobre estudos em administração em saúde e foi possível constatar que vários dos elementos presentes nesta definição também estavam presentes nas respostas de estudiosos de áreas selecionadas. O estudo pode contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento da administração em saúde como área de pesquisa e ensino.

Palavras-chave: Administração, Saúde, Pesquisa, Definição

ABSTRACT

Health management, as an educational area, is fairly developed in Brazil. However, the health management academic research area has not reached the same level of recognition. In addition, this academic area has many overlaps with other adjacent scientific areas. Evidences also show that there is not a clear and agreed definition of the scope and distinctive characteristics of this area. The aim of this study was to investigate whether there is an implicit shared conception among health organizations academics and develop a fundamental consensual definition of studies in health administration. Based on the theoretical framework of scientific fields, and using the distinctive lexicon identification/consensual conception — a technique already applied in other areas —, a survey among scholars interested in healthcare organizations was performed to capture characteristic conceptual elements of the area, its main distinctions, especially against the general administration, and to derivate an implicit consensus. In parallel, a thematic analysis was also performed in order to increase the validity of the findings. In a second survey, performed with key authors, scientific authorities and journal editors from adjacent areas, there was an attempt to extract their views on an explicit definition of the area, its distinctive characteristics and boundaries with these specific areas. The analysis of survey data, allowed to perceive the existence of an underlying consensus, to draft a tentative definition of the area, and to notice that several of the elements present in this definition were also found in the responses of scholars from the other selected adjacent areas. The study may contribute to the development and strengthening of health administration as an area of research and teaching.

Keywords: Administration, Health, Research, Definition

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 8.1	Faixas de concordância para os artigos da amostra (considerando uma única categoria)	94
Gráfico 8.2	Faixas de concordância para os artigos da amostra (considerando categorias adjacentes)	99
Gráfico 9.1	Distribuições de frequências para o agrupamento no. 1	145
Gráfico 9.2	Distribuições de frequências para o agrupamento no. 1	145
Gráfico 9.3	Distribuições de frequências para o agrupamento no. 2	146
Gráfico 9.4	Distribuições de frequências para o agrupamento no. 2	146
Gráfico 9.5	Distribuições de frequências para o agrupamento no. 3	147
Gráfico 9.6	Distribuições de frequências para o agrupamento no. 3	147
Gráfico 9.7	Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo não administração em saúde	150
Gráfico 9.8	Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo não administração em saúde	150
Gráfico 9.9	Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo administração em saúde	151
Gráfico 9.10	Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo administração em saúde	151
Gráfico 9.11	Distribuições de frequências para artigos com classificação inconsistente	152
Gráfico 9.12	Distribuições de frequências para artigos com classificação inconsistente	152

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 9.1	Dendograma da solução do agrupamento pelo método hierárquico, de ligação pelo critério Ward, com distância euclidiana	137
Ilustração 1 (Ap.)	Amostra do questionário no. 1	216
Ilustração 2 (Ap.)	Elementos mais frequentes nos artigos tipo AS	217
Ilustração 3 (Ap.)	Lexemas mais frequentes nos artigos tipo AS	218

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1	Denominações associadas à administração em saúde identificadas na literatura consultada	23
Quadro 1.2	Principais áreas relacionadas à administração em saúde na literatura consultada	24
Quadro 1.3	Amostra de livros relacionados à administração em saúde que foram analisados	28
Quadro 1.4	Amostra de definições de pesquisas em administração em saúde	30
Quadro 7.1	Perfil da amostra dos artigos selecionados de periódicos de Administração	76
Quadro 7.2	Relação entre as questões de pesquisa e as técnicas de análise de conteúdo e de estatísticas utilizadas	80
Quadro 8.1	Instituições nacionais de formação ou atuação dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde	84
Quadro 8.2	Instituições estrangeiras de formação ou atuação dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde	85
Quadro 8.3	Comparação entre o presente estudo e os estudos utilizados como base para metodologia	86
Quadro 8.4	Relatório de saída do Minitab para o teste z de proporções, para análise com uma única categoria como critério	95
Quadro 8.5	Relatório de saída do Minitab para o teste z de proporções, considerando categorias adjacentes como critério	100
Quadro 8.6	Relatório de saída do SPSS para a correlação intraclass das classificações realizadas	101
Quadro 8.7	Comparação dos diferentes critérios para análise de consenso das respostas	102
Quadro 8.8	Artigos com classificação final (tipo) inconsistente	104
Quadro 8.9	Artigos com classificação final (tipo) de administração em saúde	105
Quadro 8.10	Artigos com classificação final (tipo) de não administração em saúde	107

Quadro 9.1	Definição dos elementos conceituais a partir dos lexemas na amostra selecionada	117
Quadro 9.2	Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística da análise lexicográfica	124
Quadro 9.3	Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística simplificado da análise lexicográfica	126
Quadro 9.4	Achados da análise temática dos resumos e títulos dos artigos da amostra	128
Quadro 9.5	Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística da análise temática	140
Quadro 9.6	Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística simplificado da análise temática	142
Quadro 9.7	Síntese comparativa da presença das variáveis nos três agrupamentos retidos	148
Quadro 10.1	Seleção de definições para área acadêmica de administração em saúde explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração de Empresas	157
Quadro 10.2	Seleção de definições para área acadêmica de administração em saúde explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração Pública	158
Quadro 10.3	Seleção de definições para área acadêmica de administração em saúde explicitadas por profissionais da área acadêmica de Economia e Economia da Saúde	159
Quadro 10.4	Seleção de diferenças, explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração de Empresas, entre a sua área e a área acadêmica de administração em saúde	162
Quadro 10.5	Seleção de diferenças, explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração Pública, entre a sua área e a área acadêmica de administração em saúde	163
Quadro 10.6	Seleção de diferenças, explicitadas por profissionais da área acadêmica de Economia e Economia da Saúde, entre a sua área e a área acadêmica de administração em saúde	164
Quadro 11.1	Elementos mais frequentes nos artigos tipo administração de saúde	171
Quadro 11.2	Comparação das hipóteses estatísticas com os achados	177

		da análise lexicográfica	
Quadro	11.3	Comparação das hipóteses estatísticas com os achados da análise temática	180
Quadro	11.4	Equações de regressão geradas a partir das técnicas de análise de conteúdo	182
Quadro	11.5	Definição tentativa de pesquisas acadêmicas em administração em saúde	183
Quadro	1 (Ap.)	Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo	219

LISTA DE TABELAS

Tabela 8.1	Perfil dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde	83
Tabela 8.2	Nível de formação dos respondentes da amostra	87
Tabela 8.3	Classificação pelos respondentes dos artigos da amostra selecionada	89
Tabela 8.4	Estatísticas descritivas das classificações dos artigos selecionados	91
Tabela 8.5	Relatório de saída do SPSS para o teste binomial de proporções, para análise com uma única categoria como critério	95
Tabela 8.6	Somatório das classificações dos artigos da amostra selecionada, considerando categorias adjacentes como critério	97
Tabela 8.7	Relatório de saída do SPSS para o teste binomial de proporções, considerando categorias adjacentes como critério	100
Tabela 9.1	Lexemas mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos selecionados	110
Tabela 9.2	Lexemas mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos com classificação final como de administração em saúde	111
Tabela 9.3	Medidas de associação e correlação entre a presença de lexemas e o tipo do artigo na amostra selecionada	113
Tabela 9.4	Elementos mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos da amostra	119
Tabela 9.5	Elementos mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos com classificação final de administração em saúde	119
Tabela 9.6	Medidas de associação e correlação entre a presença de elementos e o tipo do artigo na amostra selecionada	120
Tabela 9.7	Medidas de associação e correlação entre a presença de elementos e o tipo do artigo na amostra selecionada	122
Tabela 9.8	Porcentagens de erros, acertos e estatística de Kolgomorov-Smirnov para as diferentes probabilidades estimadas	125
Tabela 9.9	Medidas de associação e correlação entre as variáveis	132

utilizadas na análise temática e o tipo do artigo na amostra selecionada

Tabela	9.10	Correlações bivariadas entre as variáveis selecionadas para a análise de conglomerados	134
Tabela	9.11	Cruzamento entre os agrupamentos gerados e o tipo de artigo na amostra	138
Tabela	9.12	Porcentagens de erros, acertos e estatística de Kolgomorov-Smirnov para as diferentes probabilidades estimadas	141
Tabela	9.13	Comparação dos acertos das diferentes técnicas em relação à classificação feita pelos respondentes	143
Tabela	9.14	Distribuição dos artigos com abordagem multidimensional para critérios de avaliação entre artigos tipo administração em saúde e não administração em saúde	154
Tabela	10.1	Presença dos elementos da definição implícita nas respostas dos respondentes de áreas adjacentes	165

LISTA DE SIGLAS

ABRAMPAS	Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
AS	Administração em Saúde
BAR	Brazilian Administration Review
BMJ	British Medical Journal
BSC	Biserial Correlation
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEALAG	Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão
CESP	Centro de Estudos em Economia da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRA	Conselho Regional de Administração
EAESP	Escola de Administração de Empresas de São Paulo
EBAPE	Escola Brasileira de Administração Pública
EESP	Escola de Economia de São Paulo
EnANPAD	Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
EnAPG	Encontro de Administração Pública e Governança da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
EnEO	Encontro de Estudos Organizacionais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPM	Escola Paulista de Medicina
ESAN	Escola Superior de Administração de Negócios
ESPM	Escola Superior de Propaganda e Marketing
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas de Santos
FCMSCSP	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
FDC	Fundação Dom Cabral
FEA	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
FEI	Faculdade de Engenharia Industrial
FGV	Fundação Getulio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
FM	Faculdade de Medicina
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
FMJ	Faculdade de Medicina de Jundiaí
FMT	Faculdade de Medicina de Taubaté
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FSP	Faculdade de Saúde Pública
HC	Hospital das Clínicas
HCM	Health Care Management
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
HPSR	<i>Health Policy and Systems Research</i>
ICC	Intraclass Correlation
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
IMS	Instituto de Medicina Social
INSEAD	Institut Européen d'Administration des Affaires
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPH	Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman
ITA	Instituto Tecnológico de Aeronáutica
JAMA	Journal of American Medical Association
KS	Kolgomorov-Smirnov
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBA	Master in Business Administration
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NAS	Não Administração em Saúde
NEJM	New England Journal of Medicine
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OPS	Operadora de Planos de Saúde
PPG	Política, Planejamento e Gestão
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PUC-Campinas	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
QualiHosp	Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde
RAC	Revista de Administração Contemporânea
RAC-Eletrônica	RAC-Eletrônica
RAE	Revista de Administração de Empresas
RAE-eletrônica	RAE-eletrônica
RAP	Revista de Administração Pública
RAUSP	Revista de Administração da Universidade de São Paulo
RH	Recursos Humanos
SCSP	Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
SDI/MD	Secretaria Especial de Desenvolvimento Industrial do Ministério do Desenvolvimento Industrial
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
Sesu/MEC	Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação
SIMPOI	Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais
SMBAS	Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UnB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UniABC	Universidade do Grande ABC
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIP	Universidade Paulista
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNR	Universidad Nacional de Rosario
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 PROBLEMA DE PESQUISA	23
2 PERGUNTA DE PESQUISA	33
3 OBJETIVOS	34
3.1 Objetivo geral	34
3.2 Objetivos específicos	35
4 CONTRIBUIÇÃO	36
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	38
5.1 A visão de Kuhn	40
5.2 A visão de Bourdieu	45
5.3 A visão da escola do Neo-Institucionalismo	48
5.4 Intercampo e núcleo de competência.....	50
5.5 Definição de áreas acadêmicas	52
5.6 Análise de conteúdo.....	54
5.7 A pesquisa acadêmica em administração em saúde	57
6 HIPÓTESES.....	62
6.1 Hipótese primária	62
6.2 Hipóteses secundárias	63
6.2.1 Primeira hipótese secundária	64
6.2.2 Segunda hipótese secundária	68

7 METODOLOGIA.....	72
7.1 Preparação.....	72
7.2 Levantamento entre estudiosos de organizações de saúde.....	73
7.2.1 Levantamento e análise iniciais.....	73
7.2.1.1 Processo de seleção da amostra de artigos.....	75
7.2.1.2 Respondentes estudiosos de organizações de saúde	77
7.2.2 Análises de conteúdo	78
7.3 Levantamento entre estudiosos de áreas adjacentes	80
8 RESPOSTAS DE ESTUDIOSOS DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE – RESULTADOS E ANÁLISES INICIAIS	83
8.1 Respondentes	83
8.2 Respostas	88
8.3 Seleção dos artigos para análise	103
9 RESPOSTAS DE ESTUDIOSOS DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE – ANÁLISES DE CONTEÚDO	108
9.1 Análise lexicográfica.....	109
9.1.1 Lexemas.....	109
9.1.2 Elementos conceituais.....	116
9.1.3 Análise de regressão logística.....	122
9.2 Análise temática	127
9.2.1 Análise de agrupamentos.....	133
9.2.2 Análise de regressão logística.....	139
9.3 Comparação das análises	143
9.4 Análise do perfil dos agrupamentos	144
9.5 Outras análises	154

10 RESPOSTAS DE ESTUDIOSOS DE ÁREAS ADJACENTES – RESULTADOS E ANÁLISES.....	156
10.1 Definições.....	156
10.2 Características	160
10.3 Diferenças	162
10.4 Elementos	165
11 DISCUSSÃO	167
11.1 Hipótese primária	167
11.2 Primeira hipótese secundária.....	169
11.3 Segunda hipótese secundária	175
11.4 Definição	183
11.5 Respostas de estudiosos de áreas adjacentes	184
12 CONCLUSÃO.....	188
12.1 Comentários	188
12.2 Limitações e sugestões de pesquisas	190
REFERÊNCIAS.....	192
APENDICE A – Roteiro das entrevistas preliminares	206
APENDICE B – Entrevistas preliminares	207
Entrevista preliminar no. 1.....	207
Entrevista preliminar no. 2.....	212
APENDICE C – Amostra do questionário no. 1.....	216
APENDICE D – Elementos mais frequentes nos artigos tipo AS.....	217

APENDICE E – Lexemas mais frequentes nos artigos tipo AS.....218

ANEXO A – Artigos seleccionados para análise219

1 PROBLEMA DE PESQUISA

A Administração em Saúde (AS), que tem várias denominações reconhecíveis na literatura (Quadro 1.1), é uma área que tem um considerável desenvolvimento no que diz respeito a cursos de formação para gestores, tanto em nível de graduação, como de pós-graduação. Por outro lado, parece não gozar do mesmo *status* como área de pesquisa acadêmica (MALIK, 2004). Como se descreve adiante, a pesquisa em AS também não tem claras e compartilhadas definição e diferenciação em relação a outros campos do conhecimento adjacentes a ela.

Denominações

Gestão em Saúde

Gestão de (a) Saúde

Administração em Saúde

Administração de (a) Saúde

Gestão de Serviços (e de Sistemas) de Saúde

Administração de Serviços (e de Sistemas) de Saúde

Gestão da Atenção à Saúde

Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

Planejamento e Gestão de Saúde

Quadro 1.1 – Denominações associadas à administração em saúde identificadas na literatura consultada

Fonte: Elaborado pelo autor

As fronteiras da AS se confundem com as de algumas outras áreas científicas, com as quais tem intersecções (Quadro 1.2). Entre elas, a Medicina Preventiva, a Saúde Coletiva, a Saúde Pública, a Administração de Empresas, a Administração Pública, a Economia, a Economia da Saúde, além de áreas mais ligadas diretamente à assistência, como a Medicina, a Enfermagem, entre outras.

Áreas relacionadas

Administração de Empresas

Administração Pública

Economia

Economia da Saúde

Enfermagem

Medicina

Saúde Coletiva

Saúde Pública

Quadro 1.2 – Principais áreas relacionadas à administração em saúde na literatura consultada**Fonte: Elaborado pelo autor**

Como exemplo, toma-se a Tabela de Áreas de Conhecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (CAPES, 2009). Esta é resultado de um esforço coletivo com participação da própria CAPES, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), da Secretaria Especial de Desenvolvimento Industrial do Ministério do Desenvolvimento Industrial (SDI/MD), da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC) e da Secretaria de Indústria e Comércio, Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo. Nesta tabela, estudos em AS poderiam ser classificados dentro das áreas de Administração de Setores Específicos ou de Saúde Coletiva. Como exemplo também, a área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo é definida como uma área de atuação e de aplicação de pesquisadores e profissionais que se estende “a virtualmente todas formas de organização coletiva”, públicas e privadas, incluindo “sistemas de saúde” (CAPES, 2012, p. 1).

Historicamente, destacam-se como fonte de formação acadêmica para atuação de profissionais em gestão em saúde no Brasil (em pós-graduação *lato sensu*), os cursos de especialização em Administração Hospitalar, em Saúde Pública e em

Planejamento em Saúde. As principais instituições no país que iniciaram estes tipos de cursos foram a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). A maioria formada nestes cursos eram profissionais oriundos da própria área de Saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros. O início da formação de gestores em saúde no Brasil pode ser identificado portanto no próprio início da formação dos médicos sanitaristas do Brasil, uma história que é descrita por Labra (1985).

Atualmente existem diversos cursos voltados para a AS. A Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP), da Fundação Getulio Vargas (FGV), por exemplo, tem um curso de “Especialização na Área de Saúde”, antes conhecido como “Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde” (CEAHS), e que em 2012 completa 37 anos de existência. O curso atualmente forma cerca de 80 especialistas por ano (estima-se, já formou cerca de 4 mil profissionais). É produto de uma parceria entre a FGV-EAESP e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e conta, ainda, com o apoio do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA), que desenvolve atividades de ensino, treinamento, pesquisa, publicações e assistência técnica na área de AS (FGV-EAESP, 2012).

O Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) possui um “MBA Executivo em Gestão de Saúde” (INSPER, 2012). O Centro Universitário São Camilo tem também uma tradicional pós-graduação em “Gestão em Saúde”, que atualmente tem cinco subáreas (SÃO CAMILO, 2012). A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP) possui uma residência médica e um curso de aprimoramento em “Administração em Saúde” (para profissionais de outras áreas), ambos feitos em parceria com a FGV (HC-FMUSP, 2012). O Hospital Sírio-Libanês, por meio de seu Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), realizou uma parceria com a Fundação Dom Cabral (FDC), e oferece cursos de especialização de “Gestão da Atenção à Saúde” (HOSPITAL SIRIO-LIBANES, 2012). Todos estes casos somente para relatar alguns exemplos, pois também podem ser citados cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), os diversos cursos da ENSP espalhados pelo país, da

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SCSP), entre outros.

Segundo o Conselho Regional de Administração de São Paulo (CRA-SP, 2010), um breve levantamento histórico, mostra que o primeiro curso de Administração Hospitalar no Brasil surgiu em 1941, por iniciativa do médico mineiro Theophilo de Almeida, inspirado em um curso que ele realizou em Nova Iorque (EUA). A sede do curso era na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro. Em 1952, o médico e professor Odair Pedroso Pacheco, também pós-graduado em Administração Hospitalar, criou o curso em São Paulo. Este tinha um ano de duração e era ministrado na FSP-USP. Em 1954, o professor Gennyson Amado lançou um curso semelhante na Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro. Em 1967, o mesmo ocorreu em Belo Horizonte, por intermédio do professor Delcidez Baungratz de Oliveira. Em 1969, foi criado em São Paulo o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares, atual Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman (IPH). Em 1971, o IPH encaminhou ao Conselho Federal de Educação do Ministério da Educação um projeto de curso para a formação de profissionais em nível de graduação, que se baseava no currículo de escolas norte-americanas. No mesmo ano, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) autorizou o funcionamento da primeira faculdade de administração hospitalar do País, o próprio IPH (CRA-SP, 2010; SANNA, 2011).

Atualmente, existem 35 escolas no país dedicadas à graduação na área, 14 das quais no Estado de São Paulo (SANNA, 2011). Trinta e três destes cursos denominam-se "Administração Hospitalar" e dois possuem habilitações diferenciadas - "Gerenciamento de Serviços Hospitalares e Hoteleiros", da Fundação Universidade Federal de Pelotas - Rio Grande do Sul e "Sistemas de Saúde", da Faculdade Helena Antipoff, de Niterói - Rio de Janeiro (SANNA, 2011). O Centro Universitário São Camilo, por exemplo, tem um tradicional curso de graduação em AS, na cidade de São Paulo, além de sua graduação em Administração de Empresas (SÃO CAMILO, 2012).

Por outro lado, a AS como pesquisa acadêmica, não consta, por exemplo, como área específica nos principais eventos da área de Administração no país, como o Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD) (ANPAD, 2012) ou Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais (SIMPOI) (SIMPOI, 2012). Neste particular, diferem do *Annual Meeting da Academy of Management*, que tem a sua Divisão de *Health Care Management* (HCM) (ACADEMY OF MANAGEMENT, 2010, 2011) e da conferência anual da *Production and Operations Management Society* (POMS), que tem uma área que publica artigos sobre pesquisa, ensino e prática em “*Healthcare Operations*” (POMS, 2012).

Em revistas como a Revista de Administração de Empresas (RAE), Revista de Administração Pública (RAP), Revista de Administração Contemporânea (RAC), Brazilian Administration Review (BAR) e Revista de Administração da USP (RAUSP), exceto em edições especiais, os artigos da área de pesquisa em AS, segundo Misoczky e colaboradores (2009), são em número bastante reduzido. Ainda segundo os autores, Administração e Saúde são termos vistos como desvinculados. Além disso, há o questionamento quanto a se existem especificidades da área, ou se seria desejável aplicar os conhecimentos já consagrados nos demais setores (MISOCZKY et al., 2009), mesmo que parcialmente (VELOSO; MALIK, 2004).

Ao mesmo tempo, autores consagrados na Administração como Michael Porter (PORTER; TEISBERG, 2004, 2006), Clayton Christensen (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2008) e Regina Herzlinger (1997, 2007) formularam recentemente modelos de gestão específicos para o setor. Seus modelos não são somente uma aplicação pura e simples do que já existe em administração em geral, ou seja, de alguma forma pressupuseram especificidades da área da saúde. Algumas destas características inclusive são aventadas por Veloso e Malik (2009), em um artigo.

Além da crescente influência da Administração de Empresas e da Administração Pública na área, em função da sua história, os limites da AS também se confundem e se imbricam com a Saúde Coletiva e a Saúde Pública. Na área de Medicina, por sua vez, uma pesquisa exploratória bibliográfica para esta tese, realizada em

periódicos da área, entre 2005 e 2010, como o *New England Journal of Medicine* (NEJM), *The Lancet*, *British Medical Journal* (BMJ) e *Journal of American Medical Association* (JAMA), evidenciou que muitos trabalhos poderiam ser categorizados – a partir de uma definição provisória – como pesquisas em AS.

Outra pesquisa de campo preliminar, também para esta tese, realizada com membros do conselho editorial de dois periódicos com intersecção com AS (pesquisa feita por meio de entrevistas semi-estruturadas e descrita abaixo) mostra que há uma ausência de declaração de uma definição compartilhada das características das pesquisas ou estudos em AS que possam distingui-los. Uma análise de amostra de livros-texto, atuais e acessíveis, relacionados à área (Quadro 1.3) corrobora esta impressão.

Títulos	Referência
Administração de Saúde no Brasil	(GONÇALVES, 1982)
Administración Hospitalaria	(MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA;
Do Planejamento ao Controle de Gestão Hospitalar	LAVERDE, 2008)
	(BORBA, 2006)
Gestão dos Serviços de Saúde	(SPILLER et al., 2010)
Gestão em Saúde	(VECINA; MALIK, 2011)
Gestão Hospitalar	(CASTELAR; MORDELET;
Gestão Hospitalar	GRABOIS, 1995)
	(GONÇALVES, 2006)
Health Care Administration	(WOLPER, 2004)
Health Care Management	(SHORTELL; KALUZNY, 2000)
Management of Hospitals	(SCHULZ; JOHNSON, 1976)
Teoria Geral da Administração Hospitalar	(BORBA; LISBOA, 2006)
The AUPHA Manual of Health Services	(TAYLOR; TAYLOR, 1994)
Management	

Quadro 1.3 – Amostra de livros relacionados à administração em saúde que foram analisados

Fonte: Elaborado pelo autor

Uma análise de capítulos introdutórios dos livros citados (onde se esperaria encontrar tal definição), demonstra que não existe uma clara, explícita e coletiva definição da área. Normalmente esses capítulos se dedicam a um levantamento histórico da AS, uma descrição do contexto da área de saúde ou de seus atuais desafios. A partir daí se pode inferir, por consequência, a possibilidade da existência de uma definição tácita.

Além disso, alguns autores também concordam que a área em si não tem sido alvo de investigação (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Segundo outros, ela apresenta uma dificuldade para definição de seus limites (ALMEIDA, C., 2004) ou tem limites bastante difusos (NOVAES, 2004), com diversidade e complexidade (ALMEIDA, M., 2004) e “não tem uma estrutura conceitual bem definida, é marcadamente multidisciplinar, desenvolvida por múltiplos atores (academia, hospitais, governo)” (POLANCZIK, 2010, p. 3).

Dentro deste contexto surge a questão do que especificamente é a pesquisa em AS, o que a caracteriza e o que a distingue das demais áreas adjacentes. Quando se realiza uma investigação exploratória para responder perguntas como “o que é exatamente pesquisa em AS?”, “o que distingue a AS das áreas acadêmicas de Administração, da Saúde Coletiva, da Economia da Saúde, ou das demais áreas a que está relacionada?”, “o que significa ser um pesquisador em AS?”, ou “o que caracteriza uma pesquisa ou publicações como de AS?”, as respostas são ausentes, ou, quando presentes, vagas ou não consensuais, embora não necessariamente contraditórias.

Segue amostra de algumas definições encontradas na literatura sobre pesquisas na área (Quadro 1.4). Como se percebe, algumas delas estão focadas no tipo de organizações (organizações de saúde); outras, em funções administrativas (gestão da qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira organização, financiamento, utilização e custos da atenção à saúde); outras, em objetivos (serviços de saúde adequados, efetivos, custo-efetivos, eficientes e aceitáveis ou concretização de princípios de organização da política). Além disso, enquanto algumas focam apenas serviços de saúde, outras englobam serviços e sistemas de saúde.

Definição	Referência
<p>“O subtema gestão contempl[a] [dentro de Política, Planejamento e Gestão de Saúde] estudos referentes à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política; inclui[...] estudos de gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão da qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira”</p>	<p>(LEVCOVITZ et al., 2003)</p>
<p>“A pesquisa em serviços de saúde pode ser definida simplesmente como o estudo científico das tarefas, recursos, atividades e resultados da prática clínica e dos serviços de saúde”</p>	<p>(SCOTT; CAMPBELL, 2002)</p>
<p>“As pesquisas em serviços de saúde tipicamente se ocupam com questões relativas à organização, financiamento, utilização e custos da atenção à saúde”</p>	<p>(LURIE; MCLAUGHKIN; HOUSE, 2003)</p>
<p>“A pesquisa em serviços de saúde tem por objetivo produzir informações confiáveis e válidas que permitem o embasamento do desenvolvimento dos serviços de saúde adequados, efetivos, custo-efetivos, eficientes e aceitáveis”</p>	<p>(FULOP; ALLEN; CLARKE; BLACK, 2003)</p>
<p>“[...] São pesquisas com características muito diversificadas, que têm em comum dois aspectos básicos: os serviços de saúde como objeto privilegiado ou destacado e a orientação para uma utilidade potencial do conhecimento produzido nos processos de decisão nos sistemas e serviços”</p>	<p>(NOVAES, 2004)</p>

Quadro 1.4 – Amostra de definições de pesquisas em administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda como demonstração para este argumento, nas últimas chamadas para submissão de artigos do encontro anual da *Academy of Management*, em sua Divisão de HCM, autores são convidados a enviar artigos “*addressing any aspect of the health care sector*” (ACADEMY OF MANAGEMENT, 2010, p. 46, 2011, p. 54). A especificação dos tópicos inclui:

[...] management of health care organizations; public policy issues, such as access to care, competition, cost control and quality of care, and their implications for managers; health care finance and marketing; comparisons of health care across international contexts; empirical or conceptual applications of theory in health care organizations; and development of organizational theory from studies conducted in health care settings. (ACADEMY OF MANAGEMENT, 2010, p. 46, 2011, p. 54).

Analisando ainda os mesmos documentos e dentro do mesmo propósito, é possível perceber que saúde ou organizações de saúde são objeto também de outras divisões da *Academy of Management*, quais sejam: *Public and Non Profits (PNP)*, *Organizations and the Natural Environment (ONE)* (ACADEMY OF MANAGEMENT, 2010, 2011).

Desta forma, a análise de todas as evidências dessas fontes (pesquisas exploratórias, livros, artigos e definições disponíveis) demonstra que embora não exista uma definição clara, explícita e consensual sobre estudos em AS, é muito provável a existência de uma definição implícita, compartilhada e distintiva sobre pesquisas em AS, a qual tem sido útil para o florescimento da pesquisa, artigos, livros, encontros, com conseqüente impacto inclusive na graduação, pós-graduação e cursos diversos na área.

Além disso, como se antecipa aqui, existe um número de referenciais teóricos sobre a definição de campos de pesquisa ou campos acadêmicos. Eles descrevem a presença e a importância das definições destes campos e o fato de muitas vezes

elas serem tácitas ou latentes e, ainda assim, exercerem seus efeitos para a disseminação e desenvolvimento de uma especialidade científica.

O tema do presente trabalho se insere portanto dentro da discussão sobre campos científicos ou campos acadêmicos. Tomando como ponto de partida a literatura ligada ao que se denomina sociologia do conhecimento, e mais especificamente, sociologia da ciência, descreveu-se os trabalhos de alguns autores que foram citados adiante na revisão da literatura. Em outra área que tangencia o tema dentro da ciência administrativa, especificamente dentro da teoria das organizações, se descreveu os trabalhos de autores ligados à escola do neo-institucionalismo sociológico. Além disso existem ideias relativas a constructos como Intercampos e Núcleos de Competência. Todos esses trabalhos foram referenciados e resumidamente descritos adiante no que tangem o assunto da tese.

2 PERGUNTA DE PESQUISA

Conforme a literatura citada adiante, os campos acadêmicos têm uma definição implícita ou latente, amplamente compartilhada dentro deles. Esta definição, como também se descreve adiante, é apenas um entre outros elementos necessários à caracterização dessas especialidades científicas. Ela encerra as características distintivas de cada comunidade acadêmica e permite a sua diferenciação em relação a outras especialidades de pesquisa e produção científica. Esta definição pode ser capturada através da linguagem e do discurso.

As pesquisas exploratórias iniciais realizadas (entrevistas, análises de livros-textos e de publicações disponíveis) em AS revelam que uma definição sobre a área não é facilmente encontrada, é vaga ou não é consensual, ao mesmo tempo em que mostram ser muito provável a existência de uma definição latente e compartilhada. Ao lado disso, não existe uma clara diferenciação entre AS e outras áreas acadêmicas adjacentes a ela, como a Administração.

À luz do exposto, a principal pergunta de pesquisa é:

- Existe uma definição consensual implícita sobre a pesquisa acadêmica em administração em saúde entre estudiosos de organizações de saúde?

3 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é investigar uma definição da pesquisa científica de AS, a partir da perspectiva de estudiosos de organizações de saúde. Acessoriamente, obter uma definição explícita de atores-chave de grupos acadêmicos adjacentes em relação às características da área.

Esta tentativa de derivar uma definição do AS se valeu da busca de definição latente entre profissionais acadêmicos ou pesquisadores que têm as organizações de saúde como seu principal objeto de estudo. Tentou-se inicialmente identificar se há uma definição coletiva a partir de diferenciações realizadas. Ou seja, logicamente, foi necessário, antes de tudo, averiguar se é possível a existência de um consenso sobre o significado da definição da área.

Além de tentar identificar a existência de uma “linguagem comum/vocabulário distintivo” que caracteriza um consenso coletivo — conforme descrito no referencial teórico — e que constitui um elemento de sua identidade compartilhada, o trabalho buscou identificar o que distingue a área, principalmente em relação à Administração em geral; quais diferenças e demarcações são possíveis com esta área; e, por consequência, tentar definir o que significa fazer pesquisa em AS; e o que significar ser um pesquisador em AS. Sinteticamente, os objetivos geral e específicos do trabalho foram os que seguem.

3.1 Objetivo geral

- Investigar a existência de uma concepção latente compartilhada sobre pesquisas acadêmicas em administração em saúde entre estudiosos de organizações de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar o escopo da definição implícita coletiva de pesquisas em administração em saúde;
- Investigar a diferenciação ou distinção de pesquisas em administração em saúde em relação às de administração em geral;
- Derivar uma definição consensual implícita, tacitamente mantida entre estudiosos de organizações de saúde, sobre as pesquisas na área de administração em saúde;

Acessoriamente a tese visou também a:

- Realizar uma comparação da definição implícita consensual com as definições explícitas de professores e pesquisadores de áreas adjacentes selecionadas, em relação à área de administração em saúde;
- Obter as percepções sobre características e diferenciações da área de administração em saúde, por parte de professores e pesquisadores de áreas adjacentes selecionadas.

4 CONTRIBUIÇÃO

A lacuna identificada diz respeito à própria definição de pesquisas ou publicações na área científica de AS. A definição deste constructo pode ser útil para a evolução desta mesma área de pesquisa.

O trabalho visa a desenvolver um substrato que pode ser utilizado para entender a concepção coletiva sobre a área e o propósito compartilhado dentro do estudo acadêmico de AS. Em última instância, isso poderá ser útil para buscar aumentar o seu espaço ou impedir sua restrição. A contribuição teórica portanto, que é a identificação da existência de uma concepção latente sobre a área e qual esta definição, leva secundariamente a uma contribuição prática para a pesquisa, para a educação e para a própria prática em AS.

Como pretende averiguar a existência e qual esta definição subjacente da área, o seu resultado permitiria atuar também no sentido de atrair novas produções, mantendo e fortalecendo as especificidades da área.

O trabalho poderá ser útil também para desenvolver uma discussão sobre a diferença que há entre o crescimento da formação de gestores em AS e o pouco desenvolvimento do campo de pesquisa em AS. Ao mesmo tempo em que existe um relativo desenvolvimento em cursos de formação, existe pouco espaço para publicações em AS no Brasil (conforme demonstrado na seção Problema de Pesquisa).

Em síntese, o desenvolvimento deste estudo e seus resultados têm como possíveis contribuições:

- Criar parâmetros para pesquisas e análises bibliométricas sobre a área;
- Sugerir novos debates sobre a especialidade, como “o que a área deveria ser” a partir do que “é” atualmente;

- Prover uma definição que possa atrair mais pesquisas e o desenvolvimento da área, agindo como um “campo magnético”, para repetir uma expressão utilizada por Bourdieu (2002);
- Fornecer *insights* sobre novos caminhos para investigação na área, ao explicitar seus principais elementos e possíveis combinações com interesse para pesquisa;
- Fortalecer uma visão da área como uma “arena”, onde se verifica uma competição entre diferentes modelos;
- Ajudar o desenvolvimento futuro da área em termos de pesquisa, educação e prática;
- Criar uma base para fortalecer seu posicionamento entre suas áreas de intersecção.

Por último, cabe lembrar Kuhn (1970), para quem os campos científicos se desenvolvem por meio de enigmas centrais ou questões que geram muita investigação científica. Para ele também os estudiosos são atraídos pelo desafio de resolver enigmas, e a competição pela resolução destes enigmas impele o desenvolvimento dos paradigmas. Desta forma, pode-se inferir que uma contribuição deste trabalho, em última instância, seria ajudar a explicitar a resposta à seguinte pergunta: “Qual o enigma central que move a pesquisa acadêmica em administração em saúde?”.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Como antecipado, existe uma literatura desenvolvida dentro da sociologia do conhecimento e de administração sobre campos científicos e a definição de campos científicos.

Partiu-se principalmente de trabalhos que se baseiam em ideias e em categorias analíticas como as utilizadas por Kuhn (2006, 2011) sobre campos científicos e paradigmas. Juntamente com ele, diversos autores analisaram questões similares (HAGSTROM, 1965; LATOUR; WOOLGAR, 1979; MERTON; STORER, 1973). Este portanto é o referencial teórico principal para a presente tese. No entanto, há também outros autores muito citados em pesquisas sobre campos acadêmicos. As ideias de Bourdieu (BORDIEU, 1990, 2002, 2004), por exemplo, são frequentemente também utilizadas como referencial para a investigação. A ideia central que emana dessa literatura, como um todo, é que campos científicos são entidades socialmente construídas.

Segundo os autores, um campo acadêmico tem suas fronteiras negociadas socialmente. Ele só existe porque um número crítico suficiente de pessoas acredita na sua existência e adota uma visão compartilhada de seu significado (ASTLEY, 1985; COLE, 1983). Esse significado compartilhado não pode ser dado como certo, pois vários fatores atuam para diluir o consenso. Esses fatores incluem heterogeneidade do treinamento dos investigadores, pressões intelectuais e hegemonia de campos adjacentes, e a constante evolução das teorias e do conhecimento (ASTLEY, 1985; WHITLEY, 1984).

Um campo científico é uma entidade que tem uma identidade coletiva e uma distintividade, fruto de um forte consenso, implícito ou explícito, sobre sua essência. Esta definição de campo pode ter uma forte característica implícita, tácita, se houver ambiguidade em sua definição formal. Independente disso, é a identidade que dá aos seus membros um sentido fundamental de quem eles são enquanto comunidade e como eles diferem de outras comunidades (DUTTON; DUKERICH, 1991).

Os autores citados também vêem um campo científico como uma comunidade de estudiosos que compartilham uma identidade e linguagem comuns. Para eles, a ciência é fundamentalmente um empreendimento social (KUHN, 2011). E comunidades acadêmicas podem ser consideradas verdadeiras tribos com sua própria cultura, normas e linguagem (BECHER, 2001; GEERTZ, 1983). Para Kuhn (2011) uma comunidade científica não necessita um modelo teórico unificado para existir, porém necessita uma identidade compartilhada. Além disso, o escopo e as fronteiras de uma comunidade científica são fortemente influenciados pelo conhecimento dos especialistas e normas técnicas de seus membros (SHAPIN, 1995).

Por outro lado, a linguagem, na forma de discurso científico, é o meio fundamental para fazer essa construção possível (BERGER; LUCKMANN, 1966). A linguagem é portanto a base onde se expressa a identidade distintiva compartilhada pelos membros de uma comunidade científica. Em função disso, o discurso, na forma de textos (artigos publicados ou trabalhos apresentados, por exemplo) pode servir para identificar o consenso sobre um campo.

Por meio da linguagem e do discurso ou texto é possível identificar a concepção implícita (ou latente) compartilhada sobre o campo, as visões e eventuais pontos de vistas diferentes, quer seja dos membros do campo, quer seja de atores-chaves de outros campos da ciência. É por meio do discurso que se tenta identificar os elementos (categorias conceituais, constructos) para a definição do campo e de suas fronteiras. Uma definição explícita sempre envolve também deliberação, desejo e interesses. Porém, quer seja implícita ou explícita, a definição sempre está engajada no processo de construção da própria realidade (NAG; HAMBRICK; CHEN, 2007).

A seguir, são apresentados, com mais detalhes, a visão de alguns dos autores citados. Destaca-se a visão de Kuhn e, na sequência, as perspectivas de Bourdieu, da escola do Neo-institucionalismo sociológico e sobre os conceitos de intercampo e núcleo de competência.

Enquanto Kuhn está mais centrado em paradigmas e no processo de evolução dos campos por meio de seus respectivos paradigmas, Bourdieu está mais interessado

nas relações de poder dentro e entre os campos acadêmicos, o que envolve considerações sobre capital e agentes. Os demais modelos também são úteis para entender ideias sobre o assunto que estão presentes na literatura de administração.

Essas perspectivas foram sinteticamente descritas, pois são as mais frequentemente relacionadas ao estudo de campos científicos, porém o referencial teórico básico para os principais levantamentos e análises desta tese são as ideias de Kuhn (1989, 2006, 2011). Ou, de forma mais específica: o referencial de Kuhn e ideias congêneres foram a base para a pesquisa da concepção implícita da área de AS; enquanto o conjunto dos referenciais foi útil para análise das respostas de estudiosos de outras áreas.

Segue também uma revisão de estudos sobre área acadêmica de AS, sobre as publicações de pesquisas para definição de campos acadêmicos realizadas em outras áreas e sobre a análise de conteúdo, o método que vem sendo mais recentemente empregado para este objetivo.

5.1 A visão de Kuhn

As ideias de Kuhn estão apresentadas principalmente em seu livro *The Structure of Scientific Revolutions* originalmente publicado em 1962 e pós-faciado em 1969, em sua segunda edição (KUHN, 1970). No Brasil, a obra já se encontra em sua décima edição, que data de 2011 (KUHN, 2011).

Entre os outros livros de sua obra está a *Tensão Essencial*, onde desenvolve mais ainda os seus conceitos sobre Paradigmas (KUHN, 1989). Em *A revolução copernicana: a astronomia planetária no desenvolvimento do pensamento Ocidental*, o autor analisa o impacto transformador das ideias de Copernico na comunidade científica (KUHN, 1990¹ apud KUHN, 2006). Em *O caminho desde a estrutura*, um

¹ KUHN, T. S. **A revolução copernicana: a astronomia planetária no desenvolvimento do pensamento Ocidental**. Lisboa: Edições 70, 1990.

extenso livro (inclusive com uma entrevista com Kuhn) — cuja primeira edição foi originalmente publicada um ano antes da morte do autor —, é possível obter uma visão mais clara de suas ideias (KUHN, 2006).

Em *Estrutura das Revoluções Científicas*, uma das preocupações do autor é definir a estrutura das comunidades científicas. Ao longo desta obra seminal, para referir-se a estas comunidades “acadêmicas”, “científicas”, “de estudo” ou de “pesquisa”, são utilizados, intercambiavelmente, os termos “comunidade”, “campo”, “grupo”, “especialidade”, “programa”, “área” ou “disciplina”. Por vezes também é simplesmente referido como “uma ciência” (KUHN, 2011).

O conceito de paradigma – pelo qual o autor é mais conhecido — é um dos constructos que se relacionam a esta noção de comunidade acadêmica. Para se caracterizar um campo científico é necessário compartilhar não somente paradigmas (que serão descritos adiante), mas também vários outros elementos.

Um de seus elementos típicos é que seus membros foram submetidos a uma iniciação profissional e a uma educação similares, numa extensão e características que não encontram igual em outras disciplinas. Neste processo, absorveram a mesma literatura técnica e dela retiraram muitas das mesmas lições. As fronteiras desta literatura marcam os limites do objeto de estudo daquele campo científico, e em geral, cada campo tem um objeto de estudo próprio. Podem ocorrer “Escolas”, isto é, diferentes campos acadêmicos que abordam o mesmo objeto a partir de perspectivas diferentes e incompatíveis entre si (KUHN, 2006, 2011).

Isto ressalta porém o fato de que não existe uma identificação biunívoca entre campos acadêmicos e determinados objetos de estudo. O autor dá vários exemplos em casos onde o que atualmente é considerado um campo, era no passado objeto de estudo de diferentes campos acadêmicos (KUHN, 2006, 2011).

Membros de uma comunidade científica vêm a si mesmo e são vistos pelos outros como os únicos perseguidores de determinados objetivos comuns, o que inclui

inclusive o treinamento de sucessores. Como diferentes comunidades têm ponto de vista e tópicos de interesse distintos sobre o mesmo objeto, muitas vezes a comunicação entre eles é árdua e pode ser fonte de desacordo ou conflito (KUHN, 2006, 2011).

Comunidades acadêmicas existem em diversos níveis. Desde um nível mais global, como a grande comunidade acadêmica de estudiosos de ciências humanas, por exemplo, indo progressivamente a níveis mais especializados. Têm-se os níveis intermediários dos estudiosos que correspondem às sociedades profissionais (físicos, químicos, administradores, enfermeiros, etc.), até subgrupos que estudam especialidades e subgrupos menores ainda, dedicados a subespecialidades (KUHN, 2006, 2011).

Além do reconhecimento público, que também caracteriza um campo, a existência de conferências e publicações específicas, redes formais e informais de comunicação, além de correspondência e ligação de citação entre os estudiosos são outros elementos definidores de comunidades acadêmicas. Elas são unidades isoláveis, produtoras e legitimadoras de produção científica, à luz de um paradigma compartilhado. Segundo Kuhn (2011):

De um ponto de vista típico, poderemos produzir comunidades de talvez cem membros e, ocasionalmente, de um número significativamente menor. Em geral os cientistas individuais, especialmente os mais capazes, pertencerão a diversos destes grupos, simultaneamente ou em sucessão. (KUHN, 2011).

Kuhn utiliza o termo paradigma com dois sentidos. O primeiro deles (o que ficou mais conhecido) tem um significado mais estrito, representando uma realização científica universalmente reconhecida que, durante algum tempo, pode fornecer problemas e soluções possíveis para estes mesmos problemas. Quando adotado por um grupo de pesquisadores ou estudiosos, é uma das características de comunidade de um campo acadêmico. São “ao mesmo tempo uma teoria, métodos e padrões científicos, que usualmente compõem uma mistura inexplicável” (KUHN,

2011, p. 144). Constantemente são referidos como uma realização científica notável, que serve de modelo e exemplo para demais pesquisadores.

A outra acepção, com significado mais amplo, representa toda a constelação de valores, crenças e técnicas relativas à atividade científica. Seu compartilhamento pode ser também uma característica de comunidades acadêmicas. Para corresponder a este significado ele deu uma denominação para diferenciação, “matriz disciplinar”. Esta matriz disciplinar caracteriza-se por vários elementos, entre eles, generalizações simbólicas, compromissos coletivos como crenças, modelos mais amplos, valores relativos à produção científica, exemplos e soluções técnicas compartilhadas (KUHN, 2011).

Paradigmas, em ambos os sentidos, podem ser investigados por meio do escrutínio do comportamento de cientistas. Todas as comunidades têm um paradigma que, de forma geral, representam os compromissos de um grupo. Os campos acadêmicos evoluem pela substituição dos seus paradigmas, ou seja, pela evolução desses compromissos fundamentais amplamente compartilhados, na visão do autor (KUHN, 2006, 2011).

Sempre que existe um paradigma compartilhado é possível o que Kuhn denomina pesquisa normal, que é a pesquisa orientada para a resolução dos quebra-cabeças paradigmáticos. Esta fase de evolução de qualquer campo acadêmico é definida como ciência normal, em oposição aos períodos de revoluções dos paradigmas, a ciência extraordinária. Ela é a fase mais eficiente em termos de produção acadêmica, em que o número de escolas que competem pelo domínio de um determinado campo se reduziu a algumas ou, em geral, para uma única. O desenvolvimento científico é, em síntese, uma sucessão de períodos ligados a estas duas fases, uma de pesquisa normal e outra de rupturas não-cumulativas (KUHN, 2006, 2011).

Outro conceito presente na obra de Kuhn se refere às características do conhecimento que encerram os paradigmas. O aprendizado dos paradigmas dos campos acadêmicos é de um tipo que, segundo o autor, muitas vezes não se faz exclusivamente de forma explícita. É um tipo de conhecimento muitas vezes tácito

que se adquire ao praticar a atividade científica e não simplesmente aprendendo regras para fazê-lo. O conhecimento pode se dar por meio de exemplos, o que nem por isso o torna menos sistemático ou menos passível de análise e desenvolvimento. Na verdade, parte da prática de pesquisa normal depende da habilidade, adquirida por meio de exemplos, para agrupar objetos e situações em conjuntos semelhantes (KUHN, 2006, 2011).

Outro aspecto da obra de Kuhn é uma visão de que os grupos acadêmicos são grupos que compartilham uma educação, língua, experiência e cultura. Entre estes se destacam a existência de um vocabulário comum, com os quais discutem as questões mais relevantes na sua perspectiva. Os membros de diferentes campos acadêmicos são, para ele, como membros de diferentes comunidades de linguagem. Ingressar em um grupo é antes de tudo aprender seu vocabulário (KUHN, 2006, 2011).

Para o autor (KUHN, 2006, 2011), os paradigmas de um campo são revelados nos seus manuais, conferências e exercícios de laboratório. Ao estudá-los e utilizá-los na prática, os membros da comunidade considerada aprendem o seu ofício.

Para o autor, um campo adquire maturidade quando satisfaz quatro condições:

Em primeiro lugar, [...] para certo domínio de fenômenos naturais, predições concretas têm de emergir da prática do campo. Em segundo lugar, para alguma subclasse interessante de fenômenos, o que quer que passe por sucesso preditivo precisa ser consistentemente alcançado. [...]. Em terceiro lugar, as técnicas preditivas precisam ter raízes em uma teoria que, embora metafísica, simultaneamente as justifique, explique seu sucesso limitado e sugira meios para melhorá-las tanto na precisão quanto na abrangência. Por fim, o aperfeiçoamento de uma técnica preditiva precisa ser uma tarefa desafiadora, exigindo, por vezes, o mais alto grau de talento e dedicação. [...] Essas condições, é claro, são equivalentes à descrição de uma boa teoria científica. (KUHN, 2006, p. 174).

Para concluir, apesar dessa visão crítica em relação à ciência, pode-se afirmar que o autor acredita em uma evolução na ciência, não de uma forma que imagina o desenvolvimento científico em direção a um ponto específico do conhecimento, mas evolui ao tentar solucionar diferentes problemas ao longo do tempo (KUHN, 2006, 2011). Ela é uma investigação da natureza que apresenta um tipo singular de progresso, ainda que não “possa ser mais bem descrito como ‘uma aproximação cada vez maior à realidade’” (KUHN, 2006, p.11), isso não a impede de alcançar um entendimento cada vez mais profundo, preciso e sofisticado dos problemas que se impôs resolver.

5.2 A visão de Bourdieu

Outro importante e frequentemente citado estudioso que se debruçou sobre o estudo dos campos acadêmicos foi Bourdieu. Ele o fez a partir de suas ideias mais amplas sobre sociedade e campos sociais, dos quais campos científicos são um caso específico. A visão do mundo social para Bourdieu pode ser compreendida por meio de três conceitos fundamentais, que se relacionam mutuamente. São eles: campo, *habitus* e capital.

Habitus constitui um sistema de esquemas de percepção, de apreciação e de ação, ou seja, um conjunto de conhecimentos práticos adquiridos ao longo do tempo que permite perceber, agir e evoluir com naturalidade num universo social dado (BOURDIEU, 2002). O conceito, ao mesmo tempo, representa também a capacidade de uma determinada estrutura social ser incorporada pelos agentes através de suas disposições para sentir, pensar e agir. O campo científico também tem o seu *habitus*, porém ele está configurado em uma teoria (BOURDIEU, 2004).

O *habitus* vem a ser um princípio operador que leva a cabo a interação entre dois sistemas de relações: as estruturas objetivas e as práticas. Ele completa o movimento de interiorização das estruturas exteriores, ao passo que, as práticas dos agentes exteriorizam os sistemas de disposições incorporadas (BOURDIEU, 1974). O *habitus* é considerado por alguns autores o conceito central da sociologia

bourdieusiana, e também como um fator explicativo de fenômenos como as diferenças de estilo de vida no seio da sociedade e da reprodução social (BONNEWITZ, 2003).

O conceito de capital de Bourdieu representa o acúmulo de forças por parte dos agentes, dentro dos campos. Ele pode ser distinguido em quatro tipos: o social, o econômico, o simbólico e o cultural. A busca pela autoridade científica é parte do capital social, que a partir dos mecanismos do campo científico pode se transformar em outros tipos de capitais, como por exemplo, o capital econômico. O capital científico é uma também uma espécie particular de capital simbólico, fundado no conhecimento e no reconhecimento (BOURDIEU, 2004).

Campo, por sua vez, é um conjunto de espaços de jogos relativamente autônomos que não podem ser remetidos a uma lógica social única. É um sistema estruturado de forças objetivas, uma configuração relacional que, à maneira de um campo magnético, é dotado de uma gravidade específica, capaz de impor sua lógica a todos os agentes que nele penetram (BOURDIEU, 2002). Um campo só existe à medida que existam objetos de disputa e pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem o conhecimento e reconhecimento das leis imanentes do jogo, dos objetos de disputa, etc. (BOURDIEU, 1983b).

O campo científico é o espaço de uma luta de concorrentes pelo monopólio da autoridade científica. A noção de campo científico de Bourdieu leva em conta relações objetivas, que comandam ou orientam a prática, entre os laboratórios (termo genérico usado pelo autor) e entre os investigadores. Esta postura consiste em admitir que existem no mundo social estruturas objetivas que podem dirigir, ou melhor, coagir a ação e a representação dos chamados agentes. No entanto, tais estruturas são construídas socialmente, assim como os esquemas de ação e pensamento, o *habitus*. Para o autor, os agentes, cientistas isolados, equipes ou laboratórios, criam, pelas suas relações, o próprio espaço que os condiciona, embora este exista apenas graças aos agentes que nele se encontram (BOURDIEU, 2004).

Para Bourdieu (1983c), o universo da mais “pura” ciência é um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros. Ainda segundo ele, o campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou melhor, o monopólio da competência científica, compreendida como capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983b, 1983c). Essas lutas também explicam porque as fronteiras dos campos científicos são objeto de conflito no seio do próprio campo (BOURDIEU, 2004).

Para o autor, portanto, o campo científico é um campo como os outros (contra a tendência de pensar que os universos sociais onde são produzidas essas realidades de exceção, como a arte, a literatura ou a ciência seja totalmente diferentes): trata-se de uma questão de poder - o poder de publicar ou de recusar a publicação, por exemplo (BOURDIEU, 1990).

Em síntese, na visão *bourdieusiana*, um campo científico é um objetividade que é produto intersubjetivo do campo. Está fundado nos pressupostos partilhados nesse campo, e é resultado de acordo intersubjetivo. Cada campo (disciplina) é o lugar de uma legalidade específica (*nomos*) que, produto da História, está encarnada nas regularidades objetivas do funcionamento do campo e, mais precisamente, nos mecanismos que regem a circulação da informação, na lógica da distribuição de recompensas, etc, e nos hábitos científicos produzidos pelo campo que são a condição de seu funcionamento (BOURDIEU, 2004). No campo científico, o cientista é a materialização do próprio campo e as suas estruturas cognitivas são homólogas à estrutura do campo e, por isso, constantemente ajustadas às expectativas inscritas no campo (BOURDIEU, 2004).

5.3 A visão da escola do Neo-Institucionalismo

DiMaggio e Powell (1991) estão entre os fundadores da chamada escola do novo institucionalismo sociológico, uma escola de pensamento dentro da Teoria das Organizações. Os autores advogam que as organizações tendem a adotar um comportamento isomórfico, ou seja, tendem a, ao longo do tempo, se assemelhar. Esse isomorfismo tem três origens: (1) a coercitiva, oriunda de leis e regras impostas; (2) aquela oriunda de mimetismo, que é a imitação; e, por fim, (3) a de caráter normativo, em que ocorrem condutas e práticas comuns aos profissionais do ramo de determinada atividade.

Meyer e Rowan (1977) utilizaram o conceito de “mitos” institucionais que vão de encontro à ideia dominante de que a estrutura organizacional é produto de restrições técnicas e de eficiência. Eles defendem que a estrutura formal está divorciada das atividades cotidianas em muitas organizações. Desta forma, o seu papel não é a coordenação por meio do núcleo técnico, mas o aumento da legitimidade como consequência da exibição de uma conformidade com práticas institucionalizadas e tidas como certas no campo da Administração.

A partir dos textos da Teoria Institucional, Lógica Institucional corresponde a um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas que constituem os princípios organizacionais de um campo e que está disponível para os indivíduos e organizações elaborarem (FRIEDLAND; ALFOR, 1991). Lógicas institucionais incluem regras (por exemplo, que tipo de pesquisa pode ser feita?) e crenças (deve o governo pagar pelo cuidado à saúde?), segundo Scott e colaboradores (2000). Atores Institucionais são os indivíduos ou atores coletivos, como organizações ou associações, que atuam para criar, defender ou apoiar lógicas institucionais. Os fatores ou forças técnicas são as forças de mercado, que caracteristicamente recompensam a eficiência (ALEXANDER; D'AUNNO, 2003) e os resultados corretos, ao invés das estruturas e processos corretos, conforme fazem as forças institucionais (PFEFFER; SALANCIK, 2003; SHORTELL; KALUZNY, 2000, WHITE, 2003).

Por outro lado, Scott (2003) vê as forças de mercado como uma forma particular de lógica institucional. Nesta linha, descreve três lógicas atuantes no setor de saúde. A Lógica Profissional, em que os atores predominantes são os profissionais (médicos, enfermeiros e profissionais de saúde, porém os médicos como grupo de maior influência). Esta lógica está centrada na Qualidade do cuidado e em estruturas de organização de profissionais. A Lógica Governamental, em que os agentes governamentais são os atores predominantes. A Equidade de Acesso é o centro de seus argumentos. Na predominância dessas ideias floresceram as agências reguladoras. A Lógica Gerencial ou de Mercado, onde são os administradores os principais atores, especialmente com formação em faculdades de Administração de Empresas. Neste contexto, predomina a Eficiência como princípio, bem como o crescimento das empresas, a terceirização da prestação da assistência e os planos de saúde.

A teoria do novo institucionalismo relaciona-se com o tema deste trabalho em dois pontos: a questão do isomorfismo nos campos acadêmicos e o fenômeno da escolarização ou *schooling*.

O isomorfismo que ocorre em qualquer atividade humana, também ocorre na academia, e influencia a formação e evolução dos campos acadêmicos. A existência de patrocinadores e as avaliações e os *blind reviewers* para seleção de artigos para publicação são mecanismos do isomorfismo (KIRSHBAUM; PORTO; FERREIRA, 2004). O primeiro dita o volume de artigos a serem publicados, e o segundo define os temas a serem aceitos nas principais revistas acadêmicas e o nível de qualidade indispensável para sua aceitação. Os revisores são na verdade um grupo dos próprios acadêmicos, porém em estágio maduro da carreira. O lastro de qualidade, portanto advém da tradição de pesquisa. Esse lastro garante uma continuidade no desenvolvimento científico, mas também confere inércia para os atuais campos de investigação (KIRSHBAUM; PORTO; FERREIRA, 2004)

O processo de escolarização ocorre quando uma estrutura teórica atinge o status de Escola (MCKINLEY; MONE; MOON, 1999). Isso ocorre porque a ciência administrativa é um produto socialmente construído e mantido por seus estudiosos, que representam sua própria parte no processo de construção, ao acreditarem que

as estruturas teóricas são representações da realidade externa (ASTLEY, 1985), como quando, por exemplo, selecionam somente aqueles aspectos de um novo trabalho de acordo com o discurso prevalente em um campo (MIZRUCHI; FEIN, 1999). Mckinley, Mone e Moon (1999) elaboraram um modelo para o processo de escolarização que a descreve como o equilíbrio entre inovação, continuidade e escopo, e que é importante para a disseminação e legitimação (a escolarização) de uma escola de pensamento.

5.4 Intercampo e núcleo de competência

Moraes e Gómez (2007) em um ensaio sobre práticas e saberes da área de Informação e Informática em Saúde, onde mostram os limites e dificuldades para uma definição ampliada e contextualizada da área, trabalharam com o conceito de Intercampo. Este seria:

[...] atores, práticas, procedimentos e saberes que tanto atravessam e penetram em outros 'campos', que já têm constituído seus critérios diferenciados de identidade e de valor dentro de sua referência comum à saúde, quanto constituem e interpelam as zonas de intersecção que estariam a existir nos interstícios dos diferentes campos que hoje parecem descrever as complexas e segmentadas facetas das ciências e ações em saúde. (MORAES; GÓMEZ, 2007).

O conceito de Intercampo teria portanto dois princípios de identificação e definição: (1) a saúde, aspecto que compartilha com os domínios que perpassa e interliga e (2) a informação, um aspecto que lhe pertence com caráter primário (MORAES; GÓMES, 2007).

Existem significativas potencialidades do uso da tecnologia de informação em Políticas de Saúde (VASCONCELLOS; MORAES; CAVALCANTE, 2002), porém como aponta Moraes e Gómez (2007), uma fraca identidade da área de informação

e informática em saúde resulta exatamente em uma lenta contribuição dela como um campo de saber autônomo, nas instituições de saúde. Além disso, uma ausência de um processo coordenado em torno de suas práticas e saberes redundam em reforço da fragmentação e gestão pulverizada da própria área de saúde.

Portanto, este também seria um exemplo de que a definição do escopo de um campo do conhecimento pode ter um papel dentro de desafios de grande alcance. A ideia vai ao encontro do pensamento de outros autores que acreditam que a área de pesquisa em serviços de saúde também tem limites bastante difusos e que é uma área temática que transita por muitas especialidades, razão pela qual dificulta a identificação de características que possam agrupar suas pesquisas em uma área temática reconhecida (NOVAES, 2004).

Outro conceito, o de núcleo de competência, foi utilizado por Campos, Chakour e Santos (1997) em um artigo que discute as especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) e por Campos (2000) em outro trabalho em que ele discute a identidade do campo de Saúde Coletiva.

Campos, Chakour e Santos (1997), ao tratar de áreas médicas, propõem a existência de campo e de núcleo de competência. O primeiro, mais amplo, com um espaço de superposição com outras especialidades, e o segundo, com atribuições exclusivas daquela especialidade e que justificaria a sua existência. Segundo os autores:

O campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o *núcleo*, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis.

A constituição destes espaços organizar-se-ia segundo um jogo de negociações provisórias, em certa medida intermináveis porque impossíveis de serem arbitradas exclusivamente por uma racionalidade técnica. Isto porque a definição destes campos dependeria também de interesses políticos, profissionais e não apenas de diretrizes médicas positivas. (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997)

Cotejando esses conceitos com os textos de Bourdieu, encontram-se diferenças relacionadas aos termos campo e *corpus* (BOURDIEU, 1974, 1983a). Este último seria o fechamento do campo científico em uma disciplina, ocorrendo a monopolização do saber e da gestão da prática por agrupamentos de especialistas. Ocorreria então o fechamento ou institucionalização de parte do campo e a criação de aparelhos de controle sobre as práticas.

O núcleo por sua vez, e em oposição a *corpus*, seria uma aglutinação ou uma determinada concentração de saberes e práticas que não indicam um rompimento radical com a dinâmica do campo (CAMPOS, 2000). O núcleo valoriza a democratização das instituições e tanto o núcleo como o campo seriam mutantes e se influenciariam, e não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro (CAMPOS, 2000).

5.5 Definição de áreas acadêmicas

Utilizando o referencial de campo científico exposto acima, existem várias outras pesquisas que tratam da definição de áreas científicas, como, por exemplo, da Ciência da Informação (ALMEIDA, C. C., 2005), da Comunicação (ROMANCINI, 2006), da Gerontologia (PRADO; SAYD, 2006), do Turismo (MEIRA; MEIRA, 2006), de Informação e Informática em Saúde (MORAES; GÓMEZ, 2007), e também da própria concepção de Saúde (ALMEIDA FILHO, 2001). Da mesma forma, como também existe uma tendência a produzir trabalhos que abordam aspectos dos campos acadêmicos em si, como fizeram recentemente, Pereira e Bronhara (2011), em relação à Saúde Coletiva, e Spink e Alves (2011) e Mascarenhas, Zambaldi e Moraes (2011), em relação à Administração.

A própria área de Sistemas e Políticas de Saúde, por seu turno, também está empenhada internacionalmente no desenvolvimento de uma visão compartilhada e fortalecimento do campo, “estabelecendo a identidade e o terreno” do campo (SHEIK

et al., 2011, p.1). Uma séria de três artigos recentes com o sugestivo título de “*Building the Field of Health Policy and Systems Research [(HPSR)]*” repercute este objetivo. Em um dele lê-se:

Strategic investment should be made in promoting a greater **shared understanding** of theoretical frames and methodological approaches for HPSR including, for example, the development of HPSR journals, methodological workshops, and shared HPSR teaching curricula. (SHEIK et al., 2011, p.2, grifo nosso).

Especificamente no âmbito de Administração existem duas pesquisas publicadas recentemente com o objetivo de encontrar uma definição consensual sobre campos acadêmicos específicos. Um primeiro trabalho lida com a definição de “Administração Estratégica”, e está publicado no periódico *Strategic Management Journal* (NAG; CHEN; HAMBRICK, 2007); outro, que trata da definição de “Governo Eletrônico” (*e-Government*), encontra-se publicado no periódico *International Review of Administrative Science* (HU; PAN; WANG, 2010).

Ambos operacionalizam uma técnica para o objetivo de alcançar uma definição consensual de seus respectivos campos científicos. Trata-se de uma análise lexicográfica/construção conceitual (*distinctive lexicon/consensual conception*). Ela se baseia em análise de conteúdo de artigos avaliados nesses com pesquisadores dos respectivos campos e as consequentes análises estatísticas dos achados (a técnica de que o presente trabalho se valeu foi uma adaptação do realizado nestes dois estudos, e os detalhes estão descritos adiante).

A utilização da análise de conteúdo se justifica uma vez que esta é uma análise quantitativa do conteúdo manifesto e qualitativa do conteúdo latente de um discurso ou texto (IBÁÑEZ², 1986 apud GODOI; BANDEIRA-DE-MELLO; DA SILVA, 2006). A mesma técnica, por exemplo, também foi utilizada em um artigo de Nicolai e Seidl

² IBÁÑEZ, J. **Más allá de la sociología**. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A, 1986.

(2010) onde os autores tentam realizar uma taxonomia dos tipos de relevância de artigos em Administração a partir de análise de conteúdo de trabalhos publicados em periódicos de alto nível do campo.

Também, na metodologia utilizada acima pelos grupos de pesquisadores Nag, Chen e Hambrick (2007) e Hu, Pan e Wang (2010), a opção foi pela derivação de uma definição implícita ou tácita. Partiu-se do pressuposto que esta representa uma definição *de facto* dos seus respectivos campos, ao invés de uma definição que representasse como os respondentes consideravam que o campo *deveria, poderia* ou *gostaria* que fosse.

Em relação ao processo definicional (o ato mesmo de definir algo), por outro lado, é definido em si como o ato de descrever um conceito, permitindo diferenciá-lo de outros conceitos associados (LARA, 2004). Existem dois tipos principais de definições: a definição intensional e a definição extensional, que derivam da extensão (conjunto de objetos representados) e intensão (conjunto de características) do conceito. A definição por compreensão ou intensional compreende a menção ao conceito genérico mais próximo (o conceito superordenado) – já definido ou supostamente conhecido – e às características distintivas que delimitam o conceito a ser definido. Definição extensional, descreve o conceito pela enumeração exhaustiva dos conceitos aos quais se aplica (conceitos subordinados), que correspondem a um critério de divisão estabelecido (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2009). As definições formuladas nos trabalhos usados como referência para esta tese basearam-se em escopo e características diferenciadoras (HU; PAN; WANG, 2010; NAG; CHEN; HAMBRICK, 2007), o que encerram uma analogia com estas ideias.

5.6 Análise de conteúdo

Por não ser uma metodologia de uso corriqueiro em trabalhos em AS, cabe uma sintética revisão de seus principais aspectos, técnicas e aplicações.

Análise de conteúdo ou análise textual é um conjunto de técnicas, com funções heurísticas e verificativas, de análise de material verbal, que se faz por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de comunicações, com a finalidade de interpretar estas comunicações (BARDIN, 2011, CAREGNATO; MUTTI, 2006). O método trabalha as significações, significados, eventualmente a sua forma e a distribuição de conteúdos e formas (por meio de índices formais e análises de coocorrência). Embora tenha a linguagem como objeto, ela trabalha a fala, ou seja a prática da língua, realizada por emissores identificáveis (BARDIN, 2011).

Uma assunção do método é que as palavras, frases ou temas (as unidades de análise) que mais se repetem são aquelas que refletem uma preocupação importante para aquele emissor. Outra premissa do método é que os textos têm um aspecto ou características aparentes ou sua superfície, que podem ser descritos e analisados; e fatores que determinam essas características, que podem ser deduzidos logicamente (BARDIN, 2011).

Análise de conteúdo pode ser quantitativa ou qualitativa (BARDIN, 2011; CAREGNATO; MUTTI, 2006). A primeira traça a frequência das características que se repetem ao longo do texto. Na abordagem qualitativa se considera a presença ou ausência da característica ou conjunto de características de interesse (BARDIN, 2011).

Alem da contagem da repetição das unidades, podem ser realizadas análises mais sofisticadas, entre elas: a análise de associações (certos objetos ficam sempre junto a outro), de equivalência (encontra-se tal objeto ou seu substituto), ou ainda de exclusão (certo objeto é substituído com frequência significativa por outro) (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo trabalha com unidades de texto, buscando categorizá-las. Pode ser a palavra (análise lexicográfica), frases, proposições ou tema (análise temática), sendo que sobre o seu resultado é possível a utilização de técnicas de estatística (BARDIN, 2011; CAMPOS, 2004). Por exemplo, recentemente alguns autores publicaram artigo demonstrando a utilidade de técnicas de análise

proposicional quantitativa aplicada à pesquisa em administração. Neste utilizaram proposições como unidade de análise e análise de correspondência como técnica estatística (MADEIRA; LOPES; GIAMPAOLI; DA SILVEIRA, 2011).

O processo de análise de conteúdo é feito pela categorização dos achados que pode ser feito de forma apriorística ou não-apriorística. Na primeira delas, as categorias são previamente definidas. Isto é útil para a verificação de hipóteses mas que pode limitar a abrangência de novos conteúdos que não se ajustam às categorias prévias. Na segunda, as categorias emergem totalmente do material pesquisado (BARDIN, 2011; CAMPOS, 2004).

O trabalho da análise de conteúdo caracteriza-se por diversas fases: a descrição (enumeração das características do texto, resumido após tratamento) é a primeira etapa necessária; a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase; e a inferência é o procedimento intermediário, a passagem, explícita e controlada, de uma à outra (BARDIN, 2011).

Enquanto que na análise lexicográfica, a palavra ou lexema é a unidade de análise, quando se utiliza a análise baseada em temas, a unidade é mais flexível e pode ser interpretada como assunto (ou “núcleo de sentido”), que pode corresponder a uma palavra, uma frase ou todo um parágrafo (BARDIN, 2011; CAMPOS, 2004). A análise proposicional é uma forma específica de análise temática, onde se têm as afirmações ou proposições como unidades de análise (BARDIN, 2011; MADEIRA; LOPES; GIAMPAOLI; DA SILVEIRA, 2011). Todas as técnicas são operacionalizadas por meio de categorias que são segundo Bardin (2011), espécies de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem.

Mais recentemente tem se observado um grande crescimento de programas de informática que auxiliam na realização de análise de conteúdo, podendo ser aplicadas as diferentes técnicas da análise, acopladas ou não a módulos de estatística (BARDIN, 2011).

O método tem várias indicações. Uma delas é quando a pesquisa tem como objetivo captar um saber que está por trás da superfície textual. Análise de discurso, por exemplo, está mais indicada quando se pretende analisar em que perspectivas a relação social de poder se constrói no plano discursivo (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Atualmente essas técnicas de análise de conteúdo têm se destacado, principalmente em um contexto que alguns autores vêem a possibilidade de se escolher métodos quantitativos, qualitativos ou ainda mistos, uma vez que métodos qualitativos diferem em relação aos quantitativos em relação à ênfase e forma, e que não se pode afirmar que sejam opostos (CRESWELL, 2007).

5.7 A pesquisa acadêmica em administração em saúde

A saúde é uma área de crescente interesse no Brasil e no mundo, principalmente em função da crise do setor na maior parte dos países, o que certamente — apesar de não somente — envolve aspectos gerenciais. A área é marcada por muitos problemas de qualidade, eficiência, acesso e equidade, fato que também ocorre em outros países. Atores atuantes no setor o consideram de elevada complexidade de gestão e importantes particularidades (PEDROSO, 2010).

Ligada à saúde existe a AS. E a AS como prática tem relacionamento com o estudo em AS, assim como a administração tem relação com a ciência administrativa, em uma conexão dita de dupla hermenêutica, com duas vias (NICOLAI; SEIDL, 2010). Levcovitz et al (2003) comentam também sobre esta relação na área de AS. Ou como citam Paim e Teixeira (2006), fazendo referência à área de Política, Planejamento e Gestão (PPG) em Saúde, existe uma dupla dimensão: saber e práticas. Mesmos termos usados por Campos (2000), se referindo às disciplinas em geral. Segundo Paim e Teixeira (2006):

[...] a seleção de temas, a delimitação de problemas, a escolha por determinadas abordagens teórico-metodológicas e a própria forma de divulgação dos resultados, revelam uma complexa trama de relações entre o meio acadêmico e as instituições de serviços. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 77)

Grosso modo (como interessa, enquanto ponto de partida, a este trabalho), a pesquisa acadêmica em AS estuda aspectos ligados à confluência entre administração, saúde e organizações de saúde. Pesquisadores oriundos de faculdades de Saúde Pública e de faculdades de Administração de Empresa desenvolvem publicações e estudos na área. Teses e dissertações são defendidas, por exemplo, na FSP-USP (que tem uma linha de pesquisa em “Política e Gestão em Saúde”) (FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, 2011), na FM da USP, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e na ENSP dentro deste escopo.

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), instituição fundada em 1979, possui uma comissão de “Política, Planejamento e Gestão em Saúde”. Essa comissão, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizou o I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde em agosto de 2010 (ABRASCO, 2010). Ao lado disso, muitas pesquisas sobre a área são realizadas em contexto de empresas privadas, pois muitas organizações de saúde são também autênticos empreendimentos capitalistas, buscando e, muitas vezes, alcançando retornos de investimento comparáveis a de outras empresas da economia (VELOSO; MALIK, 2010).

A prática de AS tem sido discutida há muito tempo no Brasil, desde, por exemplo os trabalhos pioneiros de Cecília Donnângelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, que produziram reflexões e análises sobre a gestão com uma visão social

(DONNÂNGELO³, 1976 apud PAIM, 2003; MENDES-GONÇALVES⁴, 1994 apud PAIM, 2003).

Levcovitz et al (2003) realizaram coleta de dados envolvendo a área denominada PPG em Saúde. Eles analisaram dissertações, teses, livros, artigos em periódicos nacionais e internacionais, congressos e conferências. Elaboraram uma classificação da evolução ao longo do tempo da produção científica nesta área, dividida em cinco fases. Eles perceberam uma relação entre a produção científica e o que ocorria em relação com os eventos históricos e políticos.

Posteriormente, Paim e Teixeira (2006) realizaram um balanço do estado da arte da área de PPG em Saúde entre os anos de 1974 e 2005. Eles recuperaram informações sobre a produção registrada na base de dados bibliográficos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Buscaram também relacionar os estudos e investigações da área aos desdobramentos da conjuntura política no período, principalmente com o processo de Reforma Sanitária, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reorientação das práticas de saúde.

Paim e Teixeira (2006) concluíram a partir do seu levantamento que a produção na área de PPG em Saúde é mais voltada para a intervenção do que propriamente à investigação. Para Paim (2002), pelo fato dos estudos na área “beirarem a imediatez da prática, esses objetos tendem a ser atravessados por ideologias diversas”.

Uma das características da AS, e que interfere na pesquisa, é que ela apresenta uma nítida separação entre os setores privado e público. São apontados também como obstáculos para o desenvolvimento de pesquisa na área, a dificuldade de acesso aos hospitais privados, a nítida separação entre a área assistencial e a da

³ DONNÂNGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

⁴ MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

gestão e as diferentes perspectivas de diferentes atores do setor de Saúde (MISOCZKY et al, 2009).

Uma análise da classificação da QUALI/CAPES em 2012 mostra, na categoria de Administração e que tem relação com o AS, os seguintes periódicos de nível A1⁵, no Brasil: a Revista de Saúde Pública e os Cadernos de Saúde Pública. Internacionalmente tem-se: *Pan American Journal of Public Health*, *Advances in Health Sciences Education* e *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* (CAPES, 2012). E como se percebe, portanto, são periódicos ligados à área de Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Como pesquisa preliminar também foi realizado um levantamento na Revista RAE entre os anos de 1961 (ano de criação) e 2009, o qual revelou um total de 45 artigos que têm em seu resumo ou título as palavras “Saúde” ou “Hospital”. Destes, são artigos de natureza empírica 20 (a maioria estudos de casos) e teóricos, 25 deles. Na RAE Eletrônica, entre 2002 (ano de criação) e 2009, tem-se um total de 12 artigos. Nove são empíricos e 3 são teóricos. Na edição de Out/Dez-2009 da RAE ocorreu o Fórum Administração e Saúde onde foram publicados cinco artigos (quatro empíricos e um ensaio), além do editorial.

Existem alguns núcleos formados especificamente para o estudo da área de AS. A FGV, por exemplo, tem dentro de sua pós-graduação *stricto sensu*, a linha de pesquisa que já foi chamada de “Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde”, e hoje é denominada “Administração e Planejamento em Saúde” (um eixo temático, na verdade, dentro da Linha Gestão Socioambiental e da Saúde) (FGV-EAESP, 2012). A própria FGV tem um centro de estudos, o Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde (GVsaúde), que é a “referência para todas as atividades relacionadas à gestão em saúde” (GVSAUDE, 2012).

O GVsaúde é responsável pelo que denomina “conteúdos técnicos” de cursos de especialização na área, além de fazer pesquisa, publicação e cursos de gestão. Tem também cursos de educação continuada em Auditoria de Serviços e de Sistemas de

⁵ Estrato mais elevado da classificação da QUALI/CAPES, que corresponde a um Fator de Impacto maior que 0,5 ou Índice H maior que 5.

Saúde, cursos parcialmente à distância para médicos (GVmed) e odontólogos (GVodonto) e *in company* de AS. O núcleo realiza fóruns de debates de assuntos técnicos e um congresso bianual com publicação de artigos específicos da área de AS, conhecido como Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde (QualiHosp). São destaques de Pesquisa da FGV, na área, temas como: Inovações em Modelos Institucionais/Parcerias Público-Privadas na Saúde, Políticas de Saúde, Gestão Pública em Saúde, Regulação na Saúde, Gestão de Hospitais Privados, Gestão de Planos de Saúde e Auditoria, Avaliação, Qualidade e Segurança e Recursos Humanos em Saúde, entre outros (FGV-EAESP, 2012; GVSAUDE, 2012).

Além disso, uma pesquisa no site do CNPq permite a identificação de alguns grupos que realizam pesquisa que estão, direta ou indiretamente, relacionadas a AS. Entre eles, destacam-se: o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (NESCON, 2012), o Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) (CEALAG, 2012) e Centro de Estudos em Economia da Saúde (CEPS) da UNIFESP (CESP, 2012).

6 HIPÓTESES

6.1 Hipótese primária

Com base na fundamentação teórica e nas pesquisas exploratórias preliminares descritas, propõe-se a seguinte hipótese primária:

Hipótese primária: existe uma concepção implícita e compartilhada entre estudiosos de organizações de saúde sobre as características das pesquisas acadêmicas em administração em saúde.

Nesta hipótese, considera-se como pesquisas acadêmicas as publicações na forma de artigos em periódicos acadêmicos. Entende-se como estudiosos, os pesquisadores, professores, mestres, doutores ou editores e responsáveis por periódicos e congressos relacionados, como foi mais detalhado adiante.

Optou-se pela escolha de estudiosos de organizações de saúde, pois objetos de estudos são um dos elementos dos campos acadêmicos na definição de Kuhn. Como eles são apenas um entre todos os elementos descritos, eles podem ser úteis para identificação da presença de uma concepção compartilhada sobre a pesquisa que, em si, é também outro elemento.

Esta concepção (definição implícita) corresponde a um paradigma no seu sentido mais amplo conforme descrito por Kuhn, ou seja, uma generalização mais ampla e que é útil na prática de estudo de uma área.

Por ser implícita, será levantada sua existência por meio de técnica que demonstra a concordância em textos que não a descrevam explicitamente, conforme descrito anteriormente sobre a técnica de análise lexicográfica/construção conceitual.

Sobre a hipótese acima, cabe enfatizar também que não se busca, neste estudo, caracterizar se AS é ou não um campo segundo as definições de Kuhn, de Bourdieu ou de algum dos outros autores acima. Busca sim uma definição da área e para tal se utiliza principalmente da estrutura teórica e os conceitos de Kuhn (demais referenciais foram mais úteis para análise de respostas de estudiosos de outras áreas).

Cabe enfatizar também que esta hipótese, bem como as hipóteses secundárias, não o são no sentido matemático do termo. Na verdade, são proposições relativas ao tema desta tese.

6.2 Hipóteses secundárias

Como detalhamento da hipótese primária, têm-se duas hipóteses secundárias, que somente são possíveis após a hipótese primária não ser refutada. Elas dizem respeito exatamente a qual é a definição latente procurada.

As hipóteses que seguem são produto da análise das definições disponíveis identificadas a partir de livros-texto, de artigos de periódicos e das pesquisas exploratórias preliminares. Elas representam, de forma a mais sintética e inclusiva possível, o que se assume como concepção essencial compartilhada entre estudiosos de organizações de saúde a respeito do objeto desta tese.

As presentes hipóteses tiveram uma função importante durante a organização dos achados, ou seja, foram de utilidade como estrutura inicial para ajudar a categorizá-los, sem contudo impedir o objetivo de encontrar outros elementos não previstos inicialmente.

6.2.1 Primeira hipótese secundária

Esta hipótese secundária diz respeito ao escopo da área de AS. Ela está dividida em elementos e subelementos. Segue então a proposição da definição:

Primeira hipótese secundária: as pesquisas acadêmicas em administração em saúde lidam com...

a) organizações de saúde:

- organizações propriamente ditas;
- sistemas;

b) ambiente público ou privado;

c) aspectos teóricos ou empíricos;

d) estudo de:

- processos e estruturas organizacionais;
- política e financiamento;
- instalações;

e) desempenho medido em termos:

- de qualidade técnica;
- de qualidade funcional;
- econômico-financeiros;
- de equidade e acesso.

Em relação ao primeiro elemento da hipótese, interessa saber se estão incluídos em AS, na visão dos respondentes, estudos de sistemas de saúde ou tão somente aqueles relacionados às organizações. Por exemplo, alguns livros-texto da área são mais focados em organizações, mais especificamente em prestadores ou hospitais (BORBA, 2006; BORBA; LISBOA, 2006; CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995;

GONÇALVES, 2006; MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2008; SCHULZ; JOHNSON, 1976). Em outros livros, percebe-se que tratam de organizações de saúde propriamente ditas e de sistemas (GONÇALVES, 1982; SHORTELL; KALUZNY, 2000; SPILLER et al., 2010; TAYLOR; TAYLOR, 1994; VECINA; MALIK, 2011; WOLPER, 2004).

Além disso, em alguns casos quando se faz referência à área se usa a expressão “de sistemas”, ou seja, existe uma necessidade de explicitar a sua inclusão (ver Quadro 1.1, as denominações identificadas para AS; no Quadro 1.3, os títulos dos livros-texto; e, nos Apêndices, a pesquisa de campo preliminar). Igualmente, a expressão “de serviços” leva à interpretação que se trata somente do estudo de prestadores de serviços. Em função disso, portanto o primeiro componente da hipótese faz referência ao tipo de organizações que as pesquisas estão relacionadas e ao fato de estarem ou não incluídos os estudos sobre sistemas de saúde.

Quanto ao segundo elemento, ele aborda o fato de serem estudos ambientados em contexto público ou privado. Pois o que é perceptível da pesquisa exploratória realizada nos periódicos RAE e RAE-eletrônica (ver acima, na seção Problema de Pesquisa) e das entrevistas de campo preliminares (ver Apêndices A e B) é que estudos de AS podem estar ambientados tanto num quanto no outro contexto. A preferência pela referência ao ambiente (relacionamentos interorganizacionais) é uma opção para ressaltar a situação em que são realizadas pesquisas sobre empresas privadas (hospitais, organizações sociais, entre outras) que exercem suas atividades a partir de contratos ou parceria com o Estado ou organizações públicas. Esse elemento se articula com o anterior (assim como todos os demais entre si), pois os estudos podem dizer respeito a organizações de saúde (organizações ou sistemas) inseridos em ambientes público ou da iniciativa privada.

Também se percebeu, em função das pesquisas iniciais, um crescente interesse na gestão de sistemas privados de saúde, provavelmente em função da regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil e do aumento da importância e dos custos relativos às doenças crônicas, obrigando operadoras de planos de saúde a se concentrarem em seus respectivos negócios. Anteriormente observava-se, em relação às características dos artigos sobre o tema, a

predominância de trabalhos exclusivamente sobre o sistema público de saúde no Brasil.

Em relação à necessidade de explicitação do caráter empírico ou teórico dos estudos no AS, isto se deve a conclusões obtidas a partir de pesquisa exploratória nos periódicos RAE e RAE-eletrônica. Se por um lado, alguns autores citados afirmam que a AS é uma área mais voltada para a prática; por outro lado, há modelos teóricos formulados que são aplicáveis a AS, como principalmente, aqueles ligados à Saúde Coletiva ou, também por exemplo, aqueles formulados recentemente em escolas de negócios norte-americanas e capitaneados por Porter (PORTER, M. E; TEISBERG, 2004, 2006), Herzlinger (1997, 2007) e Christensen (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2008). Além disso, a sugestão oferecida no conteúdo das chamadas de artigos da *Academy of Management*, citadas acima, também fortalece aspectos teóricos.

Quanto a processos e estruturas organizacionais, trata-se dos tópicos de interesse usuais em Administração, e que foram sintetizadas nestes dois termos, mas que incluem todos os tipos de processos organizacionais, quer sejam gerenciais ou estratégicos, além das diferentes formas de coordenação, de colaboração, de parcerias, estruturas organizacionais e interorganizacionais, entre outros. Aí se incluíram pesquisas sobre o impacto ou intervenções (ou meramente estudos descritivos) em processos ou estruturas organizacionais, obviamente articulados com os demais elementos da definição. Poderiam ser sintetizados em um conceito de “Administração”, mas foram mantidos separados por motivos descritivos e pelo fato de este último relacionar-se também a outros conceitos.

Ainda sobre este componente, um aspecto que se reveste de maior interesse é a inclusão – ou não – de temas ligados a políticas (e a financiamento) dentro da definição da área, pois as pesquisas exploratórias nos periódicos RAE e RAE-Eletrônica, em livros-textos e as entrevistas iniciais mostram uma diferença nesta percepção. Este é um elemento que provavelmente se relacionaria muito com estudos de sistemas de saúde principalmente em contextos públicos e de estudos que descrevem ou avaliam desempenho em termos de equidade e acesso.

O tema instalações surgiu em uma das entrevistas (Entrevista no. 1, no Apêndice B), e pode incorporar questões ligadas a edificações, *layout* e distribuição física de serviços, principalmente quando estes aspectos impactam no desempenho da organização. Deseja-se averiguar se, na percepção de estudiosos de organizações de saúde, estes temas também estão incluídos na concepção compartilhada sobre pesquisa em AS.

Em relação ao tipo de resultados, objetivos ou avaliação de desempenho, seus elementos foram formulados a partir da pesquisa exploratória nos periódicos RAE e RAE-eletrônica, dos citados livros-texto, das entrevistas exploratórias e de modelos teóricos como os citados acima.

Qualidade técnica diz respeito a resultados de saúde (clínicos, assistenciais, erros, eventos adversos, qualidade de vida, entre outros), em oposição a outros aspectos que remetem mais a amenidades. Este conceito de qualidade, com suas dimensões técnicas e funcionais, parte do modelo genérico para qualidade percebida desenvolvido por Grönroos (1990), o qual se assemelha aos conhecidos “domínios interpessoal e de amenidades” trabalhados por Donabedian (1980, 1985), e que vai ao encontro também, grosso modo, ao que Urdan (2001) denomina “desempenho não-clínico”, em se tratando de organizações de saúde ou de médicos.

Além de abordar aspectos ligados a qualidade, os estudos de AS também observariam, direta ou indiretamente, aspectos econômico-financeiros. Por fim, interessa saber se aspectos ligados à equidade e a acesso também estão incluídos no escopo da definição de AS, na perspectiva do grupo de respondentes potenciais deste trabalho. Este elemento também se relacionaria muito com a inclusão, na definição, de estudos de sistemas de saúde em contextos públicos e sobre política e financiamento.

6.2.2 Segunda hipótese secundária

Esta hipótese secundária diz respeito às características distintivas da área de AS em relação à administração.

Segue:

Segunda hipótese secundária: pesquisas acadêmicas em administração em saúde **diferem** das pesquisas acadêmicas de administração em geral em função do...

a) tipo de organização (positivamente relacionadas às da saúde);

- organizações propriamente ditas (independente);
- sistemas (positivamente relacionadas).

b) ambiente:

- público (positivamente relacionadas);
- privado (negativamente relacionadas);

c) aspectos teóricos ou empíricos (independente);

d) estudo de:

- política e financiamento (positivamente relacionadas);
- processos e estruturas organizacionais (independente);
- instalações (independente);

e) desempenho medido de modo multidimensional (positivamente relacionadas):

- de qualidade técnica (positivamente relacionadas);
- de qualidade funcional (negativamente relacionadas);
- econômico-financeiros (independente)
- de equidade e acesso (positivamente relacionadas).

Esta hipótese secundária pretende explicitar em que categorias (e respectivas realizações) as pesquisas em AS diferenciam-se das pesquisas em administração; e em que direção se estabelece essa relação.

No que concerne ao primeiro elemento desta hipótese, afirma-se que os estudos de AS estão mais relacionados às organizações de saúde. Porém, afirma-se, também provisoriamente, que nem todas as pesquisas realizadas nestas organizações são pesquisas em AS — é o conjunto dos elementos que define o tipo de estudo. Este é um dos aspectos mais relevantes da hipótese, que surge das pesquisas preliminares e que também está em conformidade com o pensamento de Kuhn: não basta estar ambientado em organizações de saúde para uma pesquisa ser considerada de AS, considerando a percepção de quem estuda estes objetos.

Ainda sobre este primeiro elemento, seria esperado que tanto a AS como a administração em geral lidassem igualmente com organizações propriamente ditas e com sistemas. Porém, levando em conta as pesquisas preliminares, o que se postula é que, para os respondentes estudiosos de organizações de saúde, a pesquisa em AS se associa mais a sistemas do que a administração em geral. Primeiramente, a abordagem a problemas de sistemas de saúde parece ser mais frequente em estudos de AS do que estudos de sistemas em administração em geral. E em segundo lugar, muito comumente, mesmo em estudos focados em organizações, no âmbito de AS, leva-se em conta o sistema em que estas mesmas organizações de saúde estão inseridas.

Como se supôs, quando referindo-se o escopo dessas pesquisa (hipótese anterior), estudos em AS se associam tanto a ambientes públicos como a ambientes privados. Porém, quando se busca o contraste com a área de administração, provavelmente há uma maior tendência dos artigos de AS se associar a elementos conceituais da área pública. Reitera-se: é o que se espera como resposta dos estudiosos de organizações de saúde.

Quanto ao fato de predominarem artigos teóricos ou empíricos, afirma-se, provisoriamente, que quanto a este aspecto seja indiferente. Embora alguns autores associem a AS mais a pesquisas práticas, algumas evidências sugerem a presença

de pesquisas em AS que são de caráter teórico, empírico ou ambos, no que não há diferença em relação à administração em geral. Espera-se portanto que as respostas reflitam isso.

Quanto a processos e estruturas organizacionais, que como citado acima, são os tópicos de interesse usuais em Administração, não haveria diferença entre os dois tipos de estudos. A diferença que se supõe é a maior presença de trabalhos relativos a política e financiamento em artigos rotulados como de AS.

Assim como sistemas parecem ser mais relacionados a AS, quando em oposição à administração em geral, também a abordagem de políticas tenderia a ser mais relacionada às pesquisas em AS. Políticas se associam a abordagens mais amplas, com grande alcance e que são realizadas a nível de sistemas ou do próprio Estado, que por sua vez está relacionado aos sistemas públicos.

O tema instalação é um tema que pode estar presente da mesma forma em AS como em administração em geral, o que não geraria tendência a maior relação específica com nenhum dos dois tipos de pesquisas.

Quanto ao último elemento, como é avaliado o desempenho, resultados ou objetivos das organizações, é onde deve ocorrer a diferença mais significativa. Pesquisas que estudam exclusivamente resultados financeiros de organizações de saúde teriam tendência a não ser classificadas como da área de AS. Estudos que descrevem ou analisam resultados econômico-financeiros, principalmente quando relacionados à qualidade técnica, provavelmente estariam mais relacionados à definição da pesquisa como de AS. Artigos que avaliam aspectos ligados a qualidade técnica, equidade ou acesso, tenderiam também a ser classificados como de AS.

No geral, o que se ressalta é o aspecto multidimensional deste elemento nos estudos em AS. Esta, igualmente, é a provável explicação também para a associação das pesquisas em AS com o elemento ambiente público, citado acima. Supõe-se também que pesquisas que relacionam conceitos ligados a qualidade funcional estejam negativamente relacionados à pesquisa em AS, na perspectiva dos potenciais respondentes.

De qualquer forma, como também se percebe, existe um conjunto grande de elementos e subelementos (considerando-se ainda que são sintéticos), dentro desta hipótese sobre a definição do tema em questão. Isto é uma demonstração da variedade possível de pesquisas e projetos dentro de seu escopo. Parafraseando Mckinley, Mone e Moon (1999), encontram-se aí potenciais escopo e diversidade suficientes para o fortalecimento de uma área.

7 METODOLOGIA

7.1 Preparação

Previamente foi feito levantamento em alguns periódicos de Administração e de Medicina, como segue, e que teve como objetivo aumentar o entendimento sobre o tema, desenvolver a operacionalização do projeto e ratificar a pertinência e relevância do estudo.

Foram escolhidos os seguintes periódicos médicos de grande notoriedade, no período de 2005-2010:

- *New England Journal of Medicine (NEJM)*
- *The Lancet*
- *British Medical Journal (BMJ)*
- *Journal of American Medical Association (JAMA)*

Foram escolhidos, por conveniência, os seguintes periódicos de Administração, nos seguintes períodos:

- RAE: da criação (1961) até 2009
- RAE-eletrônica: da criação (2002) até 2009

Os resultados preliminares destas análises, além de uma análise de capítulos introdutórios de livros-texto (12 livros citados anteriormente), foram relatados nas sessões prévias.

Ainda, como preparação, foram realizadas duas entrevistas. Elas foram feitas com membros do conselho editorial de dois periódicos com intersecção com AS,

escolhidos por conveniência e acesso. O roteiro dessas entrevistas consta do Apêndice A. A análise inicial das entrevistas consta no Apêndice B.

Foi possível realizar algumas observações sobre regularidades observadas nestas entrevistas. Pôde se ressaltar que ambos os entrevistados têm algumas características em comum. Ambos são médicos, com formação e com longa atuação em Saúde/Saúde Pública/Saúde Coletiva. Ambos delineiam uma fronteira clara com o campo de Administração. Assim, dentro dos objetivos do projeto, coube o prosseguimento da investigação. A princípio, o julgamento também foi que o roteiro mostrou-se adequado para os objetivos da pesquisa preliminar.

Quanto à pesquisa de campo propriamente dita deste trabalho, que são apresentadas nas seções que seguem, ela incluiu três grandes etapas:

- Entre estudiosos de organizações de saúde – levantamento e análise inicial
- Entre estudiosos de organizações de saúde – análises de conteúdo
- Entre estudiosos de áreas relacionadas – levantamento e análises

7.2 Levantamento entre estudiosos de organizações de saúde

7.2.1 Levantamento e análise iniciais

Nesta etapa foi feito levantamento entre estudiosos de organizações de saúde. Ele baseou-se, com algumas adaptações, na técnica descrita nos trabalhos que realizaram análise lexicográfica e construção conceitual (*distinctive lexicon/consensual conception*) para definição de campos científicos (NAG; CHEN; HAMBRICK, 2007; HU; PAN; WANG, 2010). Essa primeira abordagem objetivou captar a definição implícita sobre a área, uma vez que os respondentes tiveram que

decidir se determinados artigos (resumo e título somente), que lhes foram apresentados, caracterizavam-se ou não como pertencentes a AS.

De uma forma geral, esta etapa teve as seguintes características:

- Foram selecionados artigos relacionados às organizações de saúde ou à saúde, o mais liberalmente definido, em periódicos selecionados de Administração;
- Periódicos selecionados:
 - RAE; RAE-eletrônica; RAUSP; RAC; RAC-Eletrônica; RAP; e BAR.
- Período de publicação: a ser detalhado abaixo;
- Foram coletados endereços eletrônicos de 237 pesquisadores e professores ligados ao estudo de organizações de saúde (os respondentes potenciais desta etapa), como se detalha a diante;
- Foi enviado e-mail para os respondentes explicando o projeto e seus objetivos;
- Levantamento *on-line*: o levantamento junto aos respondentes foi feito por meio de *link* enviado por e-mail solicitando participação na pesquisa, com o auxílio do programa SurveyMonkey®, em ambiente da rede mundial de computadores;
- Além de perguntas relativas ao perfil dos respondentes, eles foram solicitados a ler os resumos/títulos dos artigos selecionados (sem revelar autores e instituições) e classificá-los, em uma escala de 4 pontos e a partir da pergunta “Este é um artigo de Administração/Gestão em Saúde?”;
- Os respondentes tinham opção de rotular os resumos/títulos usando as seguintes alternativas:
 - a) Definitivamente não é;
 - b) Provavelmente não é;
 - c) Provavelmente é;
 - d) Definitivamente é;
- Para cada respondente foi alocado, de forma aleatória, 6 resumos/títulos de artigo para avaliação;
- Cada artigo teve várias avaliações a partir de diferentes respondentes.

A operacionalização da randomização dos respondentes foi feita pela montagem de 13 diferentes grupos de seis artigos que lhes eram apresentados com o cuidado de garantir uma taxa mínima uniforme de resposta para cada artigo⁶.

Cada um dos grupos de artigos tinha um artigo que o autor desta tese considerava que definitivamente não era de AS. Este artigo – o mesmo para todos – sequer fazia menção a qualquer tema de saúde e pode ser caracterizado como artigo de administração em geral, uma vez que foi selecionado de um dos periódicos de administração citados. Este artigo seria útil para o cenário em que não houvesse nenhum artigo considerado como de administração em geral. Porém, a maior utilidade dele seria a medida préestabelecida que todas as respostas daqueles respondentes que considerassem o artigo como definitivamente de AS seriam desconsideradas.

Na sequência, os achados (avaliações ou *ratings* dos artigos) foram submetidos à análise estatística, especificamente a técnicas que permitem avaliar a concordância entre os respondentes e a diferenciação dos artigos (mais detalhes durante a própria descrição dos achados), com vistas a verificar as hipóteses formuladas.

7.2.1.1 Processo de seleção da amostra de artigos

A primeira etapa foi a seleção de artigos para submeter à avaliação dos respondentes. Pesquisas preliminares e discussões sobre o projeto para execução deste trabalho levaram a conclusão que o número adequado de artigos (resumos/títulos) que deveriam ser apresentados aos potenciais ranqueadores ou classificadores (*raters*) não deveria exceder a seis artigos.

Baseado nesta restrição e em uma expectativa do número de respondentes para obter pelo menos cinco classificações por artigo, fez-se a seleção dos artigos dos

⁶ Alguns dos respondentes potenciais eram autores de um ou mais artigos do *pool*. Tentou-se evitar que eles classificassem seus próprios artigos.

periódicos citados, a partir de julho de 2011, retroagindo-se no tempo. O Quadro 7.1 mostra os periódicos e respectivo número de artigos que compõem a amostra para o presente estudo. Os artigos selecionados pelo critério descrito acima estavam incluídos no período entre janeiro de 2004 a julho de 2011.

Periódico	Sigla	Amostra
Brazilian Administration Review	BAR	2
Revista de Administração Contemporânea	RAC	6
RAC-Eletrônica	RAC-Eletrônica	2
Revista de Administração de Empresas	RAE	10
RAE-eletrônica	RAE-eletrônica	5
Revista de Administração Pública	RAP	35
Revista de Administração da Universidade de São Paulo	RAUSP	6
Total		66

Quadro 7.1 — Perfil da amostra dos artigos selecionados de periódicos de Administração

Fonte: elaborado pelo autor

A amostra de artigos selecionados para utilização na tese são listados no Anexo A, onde podem ser vistos seus títulos, referências e códigos utilizados para identificação.

Para efeito deste trabalho, os periódicos selecionados foram considerados como publicando artigos de administração em geral, pois dentro do conjunto de artigos analisados, não há exclusividade de publicação de temas ligados ou a administração de empresas ou a administração pública, para nenhum dos periódicos. Só para citar um exemplo, dos 35 artigos da RAP, doze deles envolvem empresas privadas, a economia em geral, setores da economia ou agências regulatórias de setores privados. Os demais periódicos (RAE, RAE-eletrônica, RAC, RAC-eletrônica, BAR,

RAUSP) têm parte de seus artigos com temas ligados ao setor público, mesmo nas revistas que são de “administração de empresas”.

7.2.1.2 Respondentes estudiosos de organizações de saúde

O perfil dos potenciais respondentes ou ranqueadores dos artigos selecionados foi, genericamente, de professores e pesquisadores ligados a graduação, pós-graduação (especialização e *stritu sensu*) e a produção acadêmica (pesquisa e publicação) sobre organizações de saúde.

Dentro desta definição estão incluídos portanto:

- a) profissionais ligados a graduação e pós-graduação;
- b) profissionais com várias publicações em periódicos e congressos específicos;
- c) autores de livros;
- d) editores e responsáveis por periódicos e congressos;
- e) doutores nas áreas de administração em saúde ou de serviços de saúde;
- f) membros da comissão de “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” da ABRASCO;
- g) membros de grupos de pesquisa relacionados à área e cadastrados no CNPq.

Tentou-se balancear respondentes que têm formação e atuam nas áreas tanto privada como pública. O quanto possível também, tentou-se selecionar profissionais de outros estados ou regiões do país além da região Sudeste.

O procedimento para o levantamento consistiu inicialmente de envio de uma mensagem pela orientadora da tese explicando os objetivos do trabalho e solicitando a participação na pesquisa. Após uma semana, foi enviada mensagem eletrônica com instruções e *link* exclusivo para acesso ao questionário disponível em ambiente da Rede Mundial de Computadores, por meio do *software* SurveyMonkey®. O Apêndice C apresenta amostra do questionário (Questionário no.1). Após 30 dias foi enviada nova solicitação para resposta ao questionário, por meio de outro *link* exclusivo. Coletaram-se as respostas durante o período de 60 dias.

Para o subgrupo de não respondentes foi selecionada uma amostra aleatória (quinze profissionais) que foi checada quanto a diferenças em termos das variáveis consideradas relevantes para esta pesquisa, quais sejam, formação e área de atuação. A pesquisa foi feita na rede mundial de computadores, buscando currículos e locais de atuação. De maneira geral, não houve diferenças significativas entre este grupo e o grupo dos respondentes.

7.2.2 Análises de conteúdo

Uma vez conseguindo-se um nível de concordância aceitável (conforme descrito adiante), os artigos foram analisados por suas médias e desvios-padrão. Foi realizada uma distinção categorial (classificação em grupos) e, a partir daí, análise de conteúdo dos diferentes grupos de artigos a partir do estudo daqueles que tiveram uma avaliação mais consistente entre os respondentes.

Essa fase de análise de conteúdo (lexicográfica) teve, em linhas gerais, as seguintes características:

- Foi feita entre os artigos classificados de forma mais consistente (excluindo-se os artigos de maiores desvios-padrão);
- Identificação de vocábulos mais frequentes em cada tipo de artigo;
- Identificação do vocabulário da área;

- A etapa foi apoiada por software. Existem vários *softwares* que podem ser utilizados para tal (DURIAU; REGER, 2004; SPANNAGEL; GLÄSER-ZIKUDA; SCHROEDER, 2005), mas a escolha foi por aquele utilizado nos trabalhos de Nag, Chen e Hambrick (2007) e Hu, Pan e Wang (2010) – o programa Concordance®.

A partir daí, foi realizada nova análise estatística para averiguar a associação ou correlação entre a frequência dos vocábulos, por um lado, e a categorização dos artigos feita pelos respondentes, do outro lado. Os vocábulos (lexemas) também foram, na sequência, categorizados em termos de elementos (categorias conceituais) para uma nova averiguação de associação ou correlação com a classificação final dos artigos.

Outras técnicas foram utilizadas para aumentar a validade dos achados: a realização de análise temática (outra forma de análise de conteúdo descrita anteriormente) e a consequente análise de agrupamentos gerados pela mesma análise temática. Também, tanto a partir da análise temática como da análise lexicográfica foram gerados modelos de regressão logística que permitiram a validação e a comparação direta dessas duas técnicas.

Por fim, vale lembrar ainda que todas as hipóteses ou proposições descritas anteriormente foram operacionalizadas por meio de hipóteses estatísticas com o sentido da associação ou correlação (positivo ou negativo) e força em conformidade com o descrito nas hipóteses. O Quadro 7.2 sintetiza a relação entre as questões de pesquisa e as técnicas de análise de conteúdo e estatísticas que foram utilizadas para respondê-las.

Questão de pesquisa	Técnicas de análise de conteúdo	Técnicas estatísticas
Existência de consenso	--	Porcentagem bruta de concordância (por diferentes critérios); Correlação Intraclasse
Escopo da definição	Análise lexicográfica Análise temática	Frequência dos lexemas e elementos conceituais (análise lexicográfica); Análise de cluster e análises descritivas (análise temática)
Diferenciação da definição		Associações e correlações dos lexemas e elementos conceituais (análise lexicográfica); Análise de cluster (análise temática); Regressão logística (análises lexicográfica e temática)

Quadro 7.2 – Relação entre as questões de pesquisa e as técnicas de análise de conteúdo e de estatísticas utilizadas

Fonte: Elaborado pelo autor

Por fim, reitera-se novamente que o projeto manteve uma característica exploratória paralelamente. As hipóteses formuladas foram úteis como ponto de partida para categorização dos achados, mais ainda assim permaneceu aberto ao surgimento de outros elementos a partir do levantamento. Isto pode levar inclusive a um aprimoramento dos elementos da estrutura da definição.

7.3 Levantamento entre estudiosos de áreas adjacentes

Acessoriamente, também foi realizado um levantamento com autores-chave, autoridades científicas e editores de periódicos de outras áreas de pesquisa relacionadas à AS. Porém, neste momento, a finalidade foi captar, por parte deles, vários aspectos: uma definição explícita, distinções e características gerais de AS. Esse levantamento teve uma abordagem mais exploratória, com perguntas abertas e respostas livres, sem limite de espaço para digitação a fim de obter as percepções dos respondentes sobre o tema. Teve as seguintes características:

- Respondentes potenciais: 57 (perfil descrito abaixo);
- Levantamento *on-line*;
- Perguntas feitas diretamente:
 - (1) “Qual, na sua opinião, a definição e as características do campo acadêmico de Administração ou Gestão em Saúde?”
 - (2) “Quais, na sua opinião, as distinções entre o seu campo acadêmico de atuação e o campo acadêmico de Administração ou Gestão em Saúde?”
- Áreas dos respondentes:
 - Administração de Empresas
 - Administração Pública
 - Economia da Saúde
 - Economia
- As respostas foram também submetidas à análise de conteúdo.

O perfil deste grupo é composto pelos seguintes profissionais:

- a) professores e pesquisadores de escolas e instituições como a EAESP da FGV, Escola Brasileira de Administração Pública (EBAPE) da FGV, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) da USP, Escola de Economia de São Paulo (EESP), Escola Superior de Administração de Negócios da Faculdade de Engenharia Industrial (ESAN/FEI), UFMG, UnB, Centro Universitário São Camilo, UNICAMP, IAG/PUC-RIO, PUC-SP, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM), UFBA, COPPEAD/UFRJ;
- b) editores de periódicos como a RAUSP, RAE, RAE-eletrônica, RAC, BAR, RAP;
- c) responsáveis por eventos como Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD), Encontro de Estudos Organizacionais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnEO), Encontro de Administração Pública e Governança da Associação Nacional de Pós-Graduação e

Pesquisa em Administração (EnAPG) e Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais (SIMPOI).

A busca dos nomes e respectivos endereços eletrônicos foi feita por busca na rede mundial de computadores, pesquisas nas publicações propriamente ditas, endereços de correspondência em publicações e pela indicação de professores da FGV.

Para estes profissionais foi enviada primeiramente uma carta da orientadora explicando os objetivos do projeto e solicitando participação na pesquisa. Após uma semana, todos receberam mensagem eletrônica com instruções e *link* exclusivo de acesso a questionário baseado na Rede Mundial de Computadores (pelo programa da empresa SurveyMonkey®). Após um mês, foi feita nova solicitação de resposta ao questionário àqueles que não responderam à primeira solicitação, com o envio de um novo *link* exclusivo para responder. As respostas foram coletadas durante o período de 60 dias.

8 RESPOSTAS DE ESTUDIOSOS DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE – RESULTADOS E ANÁLISES INICIAIS

8.1 Respondentes

Foram enviados 237 solicitações eletrônicas para resposta ao questionário. Foram obtidas 123 respostas válidas, o que corresponde a um percentual de 51,89% de respostas. Para efeito de comparação, o estudo de Nag, Hambrick e Chen (2007) obteve uma taxa de resposta de 46%.

A Tabela 8.1 mostra o perfil dos respondentes do presente estudo, quanto a sua formação e atuação, e se ocorre ou ocorreu em instituições públicas, privadas ou ambas.

Tabela 8.1 – Perfil dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde

	Formação Acadêmica		Atuação	
	Total	(%)	Total	(%)
Instituições públicas	41	33,33%	49	39,84%
Instituições privadas	29	23,58%	49	39,84%
Ambas	49	39,84%	15	12,20%
Não respondeu	4	3,25%	10	8,13%
Total	123	100,00%	123	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor

Os profissionais ou pesquisadores respondentes têm formação e atuação em diferentes regiões do país e internacionalmente. Entre as instituições nacionais com respondentes estão aquelas listadas no Quadro 8.1. Alguns respondentes têm formação ou atuação em instituições estrangeiras, as quais estão listadas no Quadro 8.2.

Instituição

Centro Universitário São Camilo
 COPPEAD da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
 Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
 Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP)
 Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS)
 Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)
 Faculdade de Medicina de Taubaté (FMT)
 Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)
 Faculdade de Medicina Uberaba da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
 Faculdade Estadual de Londrina (UEL)
 Fundação Getulio Vargas (FGV)
 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP)
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP)
 Fundação Dom Cabral (FDC)
 Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
 Hospital Sírio-Libanês (HSL)
 Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER)
 Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA)
 Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman (IPH)
 Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) (São Paulo e Sorocaba)
 Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)
 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
 Universidade de Brasília (UnB)
 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
 Universidade do Grande ABC (UniABC),
 Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
 Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
 Universidade Federal da Bahia (UFBA)
 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
 Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM)
 Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Quadro 8.1 – Instituições nacionais de formação ou atuação dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

(continua)

Instituição

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
 Universidade Federal de Viçosa (MG)
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)
 Universidade Federal do Paraná (UFPR)
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
 Universidade Federal Fluminense (UFF)
 Universidade Paulista (UNIP)
 Universidade de São Paulo (USP) (diversas faculdades)

Quadro 8.1 – Instituições nacionais de formação ou atuação dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Instituição

Hospital Central de Toyama (Japão)
 Imperial College (Londres)
 Institut Européen d'Administration des Affaires (INSEAD) (França)
 Pace University (EUA)
 Universidad Autónoma de Madrid (Espanha)
 Universidad Nacional de Rosario (UNR) (Argentina)
 Universidade de Birmingham (Inglaterra)
 Universidade de Londres (Inglaterra)
 Universidade de Manchester (Inglaterra)
 Universidade de Montreal (Canadá)
 University of Edinburgh (Escócia)
 Utrecht University (Países Baixos)

Quadro 8.2 – Instituições estrangeiras de formação ou atuação dos respondentes entre estudiosos de organizações de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

O Quadro 8.3 mostra uma comparação, em relação a outros aspectos, entre as características do presente estudo e dos estudos similares realizados por Nag, Hambrick e Chen (2007) e Hu, Pan e Wang (2010).

Na amostra do presente trabalho predominam doutores, conforme é possível observar na Tabela 8.2. Entre os 66 doutores que responderam ao inquérito, três têm pós-doutorado e sete são livre-docentes ou professores titulares. Alguns dos respondentes não informaram formação.

	(NAG; CHEN; HAMBRICK, 2007)	(HU; PAN; WANG, 2010)	Presente
Respondentes	267	22	123
Formação			
Doutorado (%)	81%	27%	54%
Mestrado (%)	19% (estudantes de doutorado)	73% (MPA's e administradores)	37%
Taxa de respostas (%)	46%	Não aplicável	51,89%
Resumos/Títulos	447	615	66
Resumo/Título por respondente	18	28	6
Fillers	2	-	1
Avaliação por Resumo/Título	8 ou mais (90% com mais de 10)	1	8 ou mais
Grupos de Resumos/Títulos	Diferentes e aleatórios	Diferentes e fixos	Diferentes e aleatórios

Quadro 8.3 – Comparação entre o presente estudo e os estudos utilizados como base para metodologia

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 8.2 – Nível de formação dos respondentes da amostra

Nível de formação dos respondentes	Total	Total	(%)
Doutorado		66	54%
Doutorado	56		
Pós-doutorado	3		
Livre-docente/Professor Titular	7		
Mestrado		46	37%
Pós-graduação/Especialização		8	7%
Não respondeu		3	2%
Total		123	100%

Fonte: Elaborado pelo autor

Em síntese, pode-se ressaltar algumas características dos respondentes de uma forma geral:

- em termos de setor de atuação, os respondentes têm uma participação praticamente igual tanto do setor privado como do público;
- em termos de formação os respondentes têm um certo predomínio de formação em universidades públicas (um dado até certo ponto inevitável, dada a história dos cursos de formação na área, exposta anteriormente);
- predominam doutores (54%) entre os respondentes;

8.2 Respostas

Como citado anteriormente, a solicitação aos estudiosos de organizações de saúde foi para que estes rotulassem ou categorizassem os resumos/títulos de artigos apresentados, em uma escala, levando em conta as suas percepções quanto a se os artigos eram ou não de AS.

Com os procedimentos descritos na seção Metodologia, o artigo que obteve o menor número de respostas alcançou oito classificações, número idêntico ao projeto de Nag, Chen e Hambrick (2007) e bem acima do mínimo planejado como necessário para análise. O artigo que obteve maior número de avaliações alcançou onze.

O conjunto das respostas válidas foi tabulado e está apresentado na Tabela 8.3. Esta tabela mostra exatamente a nota que corresponde a resposta atribuída a cada artigo. A tabela mostra os artigos conforme os seus códigos (ver Anexo A), o grupo a que pertenciam, além dos ranqueadores, que estão identificados pelos códigos de R1 a R11. Como já se descreveu anteriormente estes ranqueadores são diferentes para cada grupo de artigos. As respostas ou classificações foram convertidas em pontuação (*rating*) de 1 a 4, de acordo com a resposta atribuída, na seguinte ordem: “definitivamente não é” (1), “provavelmente não é” (2), “provavelmente é” (3) e “definitivamente é” (4).

A análise descritiva das respostas está apresentada na Tabela 8.4, que apresenta a concordância bruta (em porcentagem) para cada artigo, em termos de classificação ou categorização, além das médias e desvio-padrão dos *ratings*. Esta tabela permite portanto avaliar inicialmente a concordância considerando-se como critério um única classificação ou categoria — aquele que tem a maior frequência.

Tabela 8.3 – Classificação pelos respondentes dos artigos da amostra selecionada

(continua)

Grupo	Código	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
a	1	bar2	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4 -
a	2	rac1	2	1	3	4	2	1	1	2	2	1 -
a	3	bar1	2	1	1	2	1	1	3	2	1	1 -
a	4	rac2	4	1	4	4	4	4	2	4	4	3 -
a	5	rac3	2	1	1	4	4	1	2	4	3	2 -
a	6	rac-e1	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4 -
b	1	rac-e2	3	3	1	4	4	4	4	4	4 -	-
b	2	rae1	4	3	3	4	3	3	3	2	1 -	-
b	3	bar1	3	3	3	2	1	1	2	1	1 -	-
b	4	rae2	4	3	3	3	4	4	4	4	4 -	-
b	5	rae3	4	3	3	4	4	3	4	4	4 -	-
b	6	rae4	3	3	4	4	4	4	3	4	4 -	-
c	1	rae5	4	4	3	4	4	3	3	3	3 -	-
c	2	rae6	1	3	4	4	1	4	4	4	3 -	-
c	3	bar1	1	1	1	1	2	1	1	2	1 -	-
c	4	rae7	4	3	4	4	4	3	3	1	3 -	-
c	5	rae8	3	4	4	4	4	3	4	4	2 -	-
c	6	rae-e1	1	4	4	4	4	4	4	4	3 -	-
d	1	rae-e2	3	4	3	4	2	3	3	3	3	1 -
d	2	rae-e3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4 -
d	3	bar1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1 -
d	4	rae-e4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1 -
d	5	rap1	2	4	2	3	2	3	4	3	4	4 -
d	6	rap2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4 -
e	1	rap3	4	2	2	4	4	3	2	3 -	-	-
e	2	rap4	2	1	4	2	2	2	2	3 -	-	-
e	3	bar1	1	1	1	1	1	2	1	1 -	-	-
e	4	rap5	4	2	4	1	3	4	4	4 -	-	-
e	5	rap6	4	4	4	3	4	4	4	4 -	-	-
e	6	rap7	3	4	1	1	3	2	3	2 -	-	-
f	1	rap8	4	1	4	3	4	4	4	4	2 -	-
f	2	rap9	4	1	4	2	3	4	2	4	3 -	-
f	3	bar1	2	1	2	2	2	3	2	1	1 -	-
f	4	rap10	4	1	4	4	4	4	4	4	4 -	-
f	5	rap11	4	2	4	1	2	3	3	2	2 -	-
f	6	rap12	4	2	4	3	2	3	4	4	4 -	-
g	1	rap13	1	2	1	2	1	1	3	2	3	4 -
g	2	rap14	1	2	1	3	1	3	3	4	1	2 -
g	3	bar1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1 -
g	4	rap15	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4 -

**Tabela 8.3 – Classificação pelos respondentes dos artigos da amostra selecionada
(conclusão)**

Grupo	Código	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
g	5 rap16	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-
g	6 rap17	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	-
h	1 rap18	4	4	4	3	1	4	4	4	4	1	-
h	2 rap19	3	4	3	4	4	4	4	4	2	3	-
h	3 bar1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	1	-
h	4 rap20	3	4	2	4	4	4	1	4	3	3	-
h	5 rap21	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	-
h	6 rap22	1	2	2	3	4	1	2	3	1	4	-
i	1 rap23	3	4	4	2	1	3	1	3	1	-	-
i	2 rap24	4	3	4	4	4	3	3	4	1	-	-
i	3 bar1	1	1	2	1	1	2	1	3	3	-	-
i	4 rap25	4	4	4	4	4	3	4	4	1	-	-
i	5 rap26	4	3	4	4	4	2	4	4	2	-	-
i	6 rap27	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	-
j	1 rausp1	1	3	2	1	2	3	3	1	1	-	-
j	2 rausp2	1	2	1	3	3	2	2	3	1	-	-
j	3 bar1	2	1	1	3	1	1	1	3	1	-	-
j	4 rausp3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	-
j	5 rausp4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-
j	6 rausp5	1	3	1	1	1	3	3	4	1	-	-
k	1 rac4	2	3	1	3	2	2	3	3	4	3	-
k	2 rac5	1	4	1	1	2	3	2	4	4	2	-
k	3 bar1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	-
k	4 rac6	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	-
k	5 rae9	3	4	2	3	2	3	4	4	4	3	-
k	6 rae10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	-
l	1 rae-e5	1	3	3	4	3	1	2	3	3	-	-
l	2 rap28	1	2	1	2	3	2	3	1	3	-	-
l	3 bar1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	-	-
l	4 rap29	1	1	2	2	4	2	2	1	1	-	-
l	5 rap30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	-
l	6 rap31	4	4	4	3	4	4	4	4	4	-	-
m	1 rap32	4	4	4	4	2	4	3	4	3	3	2
m	2 rap33	4	4	4	4	-	4	4	4	2	4	1
m	3 bar1	1	2	2	3	-	1	3	2	2	1	3
m	4 rap34	3	3	3	4	-	4	1	-	3	2	1
m	5 rap35	4	4	3	4	-	4	3	-	3	4	3
m	6 rausp6	4	4	4	4	-	4	4	-	3	4	3

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 8.4 – Estatísticas descritivas das classificações dos artigos selecionados
(continua)

Código	Nota = 1		Nota = 2		Nota = 3		Nota = 4		Média	Desvio Padrão
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)		
bar2	0,0%	0	0,0%	0	30,0%	3	70,0%	7	3,70	0,48
rac1	40,0%	4	40,0%	4	10,0%	1	10,0%	1	1,90	0,99
bar1	60,0%	6	30,0%	3	10,0%	1	0,0%	0	1,50	0,71
rac2	10,0%	1	10,0%	1	10,0%	1	70,0%	7	3,40	1,07
rac3	30,0%	3	30,0%	3	10,0%	1	30,0%	3	2,40	1,26
rac-e1	0,0%	0	10,0%	1	10,0%	1	80,0%	8	3,70	0,67
rac-e2	11,1%	1	0,0%	0	22,2%	2	66,7%	6	3,44	1,01
rae1	11,1%	1	11,1%	1	55,6%	5	22,2%	2	2,89	0,93
bar1	44,4%	4	22,2%	2	33,3%	3	0,0%	0	1,89	0,93
rae2	0,0%	0	0,0%	0	33,3%	3	66,7%	6	3,67	0,50
rae3	0,0%	0	0,0%	0	33,3%	3	66,7%	6	3,67	0,50
rae4	0,0%	0	0,0%	0	33,3%	3	66,7%	6	3,67	0,50
rae5	0,0%	0	0,0%	0	55,6%	5	44,4%	4	3,44	0,53
rae6	22,2%	2	0,0%	0	22,2%	2	55,6%	5	3,11	1,27
bar1	77,78%	7	22,2%	2	0,0%	0	0,0%	0	1,22	0,44
rae7	11,1%	1	0,0%	0	44,4%	4	44,4%	4	3,22	0,97
rae8	0,0%	0	11,1%	1	22,2%	2	66,7%	6	3,56	0,73
rae-e1	11,1%	1	0,0%	0	11,1%	1	77,8%	7	3,56	1,01
rae-e2	10,0%	1	10,0%	1	60,0%	6	20,0%	2	2,90	0,88
rae-e3	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	100,0%	10	4,00	0,00
bar1	70,0%	7	20,0%	2	10,0%	1	0,0%	0	1,40	0,70
rae-e4	10,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	90,0%	9	3,70	0,95
rap1	0,0%	0	30,0%	3	30,0%	3	40,0%	4	3,10	0,88
rap2	0,0%	0	0,0%	0	20,0%	2	80,0%	8	3,80	0,42
rap3	0,0%	0	37,5%	3	25,0%	2	37,5%	3	3,00	0,93
rap4	12,5%	1	62,5%	5	12,5%	1	12,5%	1	2,25	0,89
bar1	87,5%	7	12,5%	1	0,0%	0	0,0%	0	1,13	0,35
rap5	12,5%	1	12,5%	1	12,5%	1	62,5%	5	3,25	1,16
rap6	0,0%	0	0,0%	0	12,5%	1	87,5%	7	3,88	0,35
rap7	25,0%	2	25,0%	2	37,5%	3	12,5%	1	2,38	1,06
rap8	11,1%	1	11,1%	1	11,1%	1	66,7%	6	3,33	1,12
rap9	11,1%	1	22,2%	2	22,2%	2	44,4%	4	3,00	1,12
bar1	33,3%	3	55,6%	5	11,1%	1	0,0%	0	1,78	0,67
rap10	11,1%	1	0,0%	0	0,0%	0	88,9%	8	3,67	1,00
rap11	11,1%	1	44,4%	4	22,2%	2	22,2%	2	2,56	1,01
rap12	0,0%	0	22,2%	2	22,2%	2	55,6%	5	3,33	0,87
rap13	40,0%	4	30,0%	3	20,0%	2	10,0%	1	2,00	1,05
rap14	40,0%	4	20,0%	2	30,0%	3	10,0%	1	2,10	1,10
bar1	90,0%	9	10,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	1,10	0,32

**Tabela 8.4 – Estatísticas descritivas das classificações dos artigos selecionados
(conclusão)**

Código	Nota = 1		Nota = 2		Nota = 3		Nota = 4		Média	Desvio Padrão
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)		
rap15	0,0%	0	10,0%	1	10,0%	1	80,0%	8	3,70	0,67
rap16	0,0%	0	0,0%	0	10,0%	1	90,0%	9	3,90	0,32
rap17	0,0%	0	0,0%	0	50,0%	5	50,0%	5	3,50	0,53
rap18	20,0%	2	0,0%	0	10,0%	1	70,0%	7	3,30	1,25
rap19	0,0%	0	10,0%	1	30,0%	3	60,0%	6	3,50	0,71
bar1	70,0%	7	20,0%	2	10,0%	1	0,0%	0	1,40	0,70
rap20	10,0%	1	10,0%	1	30,0%	3	50,0%	5	3,20	1,03
rap21	0,0%	0	10,0%	1	20,0%	2	70,0%	7	3,60	0,70
rap22	30,0%	3	30,0%	3	20,0%	2	20,0%	2	2,30	1,16
rap23	33,3%	3	11,1%	1	33,3%	3	22,2%	2	2,44	1,24
rap24	11,1%	1	0,0%	0	33,3%	3	55,6%	5	3,33	1,00
bar1	55,6%	5	22,2%	2	22,2%	2	0,0%	0	1,67	0,87
rap25	11,1%	1	0,0%	0	11,1%	1	77,8%	7	3,56	1,01
rap26	0,0%	0	22,2%	2	11,1%	1	66,7%	6	3,44	0,88
rap27	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	100,0%	9	4,00	0,00
rausp1	44,4%	4	22,2%	2	33,3%	3	0,0%	0	1,89	0,93
rausp2	33,3%	3	33,3%	3	33,3%	3	0,0%	0	2,00	0,87
bar1	66,7%	6	11,1%	1	22,2%	2	0,0%	0	1,56	0,88
rausp3	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	100,0%	9	4,00	0,00
rausp4	100,0%	9	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	1,00	0,00
rausp5	55,6%	5	0,0%	0	33,3%	3	11,1%	1	2,00	1,22
rac4	10,0%	1	30,0%	3	50,0%	5	10,0%	1	2,60	0,84
rac5	30,0%	3	30,0%	3	10,0%	1	30,0%	3	2,40	1,26
bar1	30,0%	3	70,0%	7	0,0%	0	0,0%	0	1,70	0,48
rac6	0,0%	0	0,0%	0	20,0%	2	80,0%	8	3,80	0,42
rae9	0,0%	0	20,0%	2	40,0%	4	40,0%	4	3,20	0,79
rae10	0,0%	0	0,0%	0	10,0%	1	90,0%	9	3,90	0,32
rae-e5	22,2%	2	11,1%	1	55,6%	5	11,1%	1	2,56	1,01
rap28	33,3%	3	33,3%	3	33,3%	3	0,0%	0	2,00	0,87
bar1	88,9%	8	0,0%	0	11,1%	1	0,0%	0	1,22	0,67
rap29	44,4%	4	44,4%	4	0,0%	0	11,1%	1	1,78	0,97
rap30	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	100,0%	9	4,00	0,00
rap31	0,0%	0	0,0%	0	11,1%	1	88,9%	8	3,89	0,33
rap32	0,0%	0	18,2%	2	27,3%	3	54,5%	6	3,36	0,81
rap33	10,0%	1	10,0%	1	0,0%	0	80,0%	8	3,50	1,08
bar1	30,0%	3	40,0%	4	30,0%	3	0,0%	0	2,00	0,82
rap34	22,2%	2	11,1%	1	44,4%	4	22,2%	2	2,67	1,12
rap35	0,0%	0	0,0%	0	44,4%	4	55,6%	5	3,56	0,53
rausp6	0,0%	0	0,0%	0	22,2%	2	77,8%	7	3,78	0,44

Fonte: Elaborado pelo autor

Como se pode observar pela Tabela 8.4, quando se analisa o consenso para cada artigo considerando-se apenas uma única nota ou categoria, existem cinco artigos com concordância de 100%; quatro com concordância entre 90-99%; dez entre 80-89% e assim por diante.

A seguir, o Gráfico 8.1 apresenta as taxas de concordância para cada artigo divididas em diferentes faixas de 10% e para os 100% de concordância, nas suas barras. O gráfico permite uma ideia da taxa global de concordância bruta para o conjunto dos artigos submetidos à avaliação.

Como a escolha de um determinado nível de concordância é arbitrária, o mesmo Gráfico 8.1 apresenta uma linha que mostra a porcentagem acumulada de concordância partindo do nível de concordância de 100% (concordância total em relação a uma determinação classificação) progressivamente para níveis mais baixos. É possível visualizar que, por exemplo, para um nível de concordância bruta de 50%, tem-se uma porcentagem acumulada de concordância de 73,08% de classificação dos artigos. Em um outro exemplo de ponto de corte, uma concordância maior ou igual a 60%, tem-se um concordância acumulada de 55,13% de classificação dos artigos. E assim por diante.

A seguir são mostrados os relatórios de saída do Minitab e do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Quadro 8.4 e Tabela 8.5) para dois testes de hipóteses que a proporção de 73,08% está acima de 50%. Os dois testes (teste z e binomial) mostram que a proporção encontrada é significativamente diferente de 50%, pois ambos têm p-value abaixo de 0,05 (0,000 em ambos).

Em síntese, esses achados permitem interpretar, por exemplo, que para 73,08% dos artigos⁷, metade ou mais dos respondentes concordam exatamente com o mesmo *rating* ou nota para estes mesmos artigos.

⁷ Se o *filler* (artigo bar1) for desconsiderado, esta medida seria 70,77%, e com o teste de hipótese de proporção diferente de 50% significativo (p-value = 0,001).

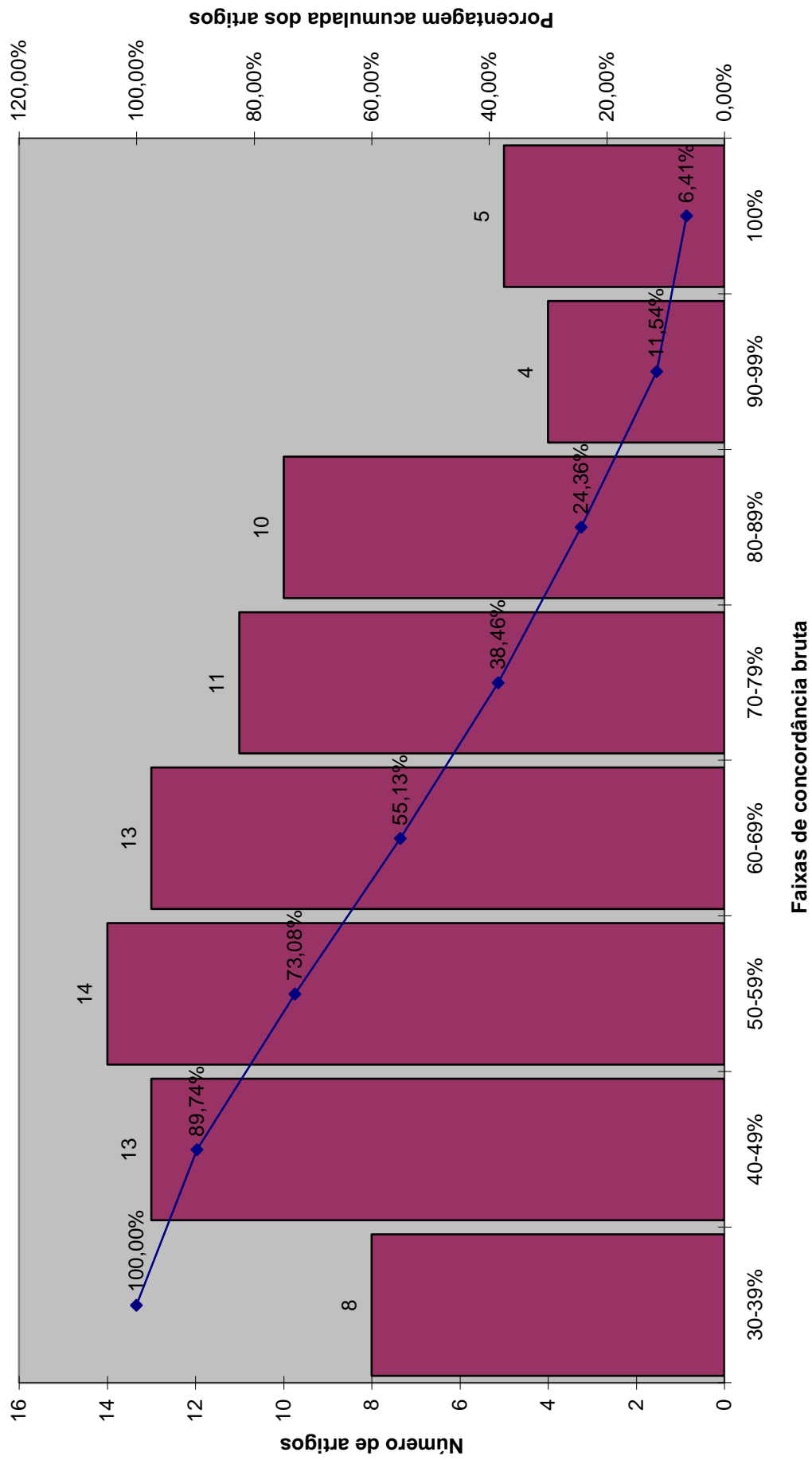


Gráfico 8.1 - Faixas de concordância para os artigos da amostra (considerando uma única categoria)

Fonte: Elaborado pelo autor

Test and CI for One Proportion: Concordância

Test of $p = 0,5$ vs $p \text{ not} = 0,5$

Event = 1,00

Variable	X	N	Sample p	95% CI	Z-Value	P-Value
Concordância	57	78	0,730769	(0,632333; 0,829205)	4,08	0,000

Using the normal approximation.

Quadro 8.4 – Relatório de saída do Minitab para o teste z de proporções, para análise com uma única categoria como critério

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 8.5 – Relatório de saída do SPSS para o teste binomial de proporções, para análise com uma única categoria como critério

Binomial Test						
	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)
Concord.	Group 1	1,00	57	,73	,50	,000
	Group 2	,00	21	,27		
	Total		78	1,00		

Fonte: Elaborado pelo autor

As próximas ilustrações e tabelas mostram um outro critério, menos rigoroso (mas igualmente aplicável), para avaliar a concordância bruta dos ranqueadores. Eles medem o nível de consenso em torno de um determinado *rating* (o mais frequente), em oposição a considerar exclusivamente o mesmo e exato (mais frequente) *rating*, como apresentado nas ilustrações e tabelas anteriores.

Este critério é operacionalizado somando-se as respostas dos *ratings* adjacentes ao *rating* de maior concordância. Duas decisões foram tomadas para a aplicação da técnica a fim de dar maior rigor à análise: primeiramente, sempre que for possível encontrar diferentes somas, opta-se pela menor; segundo, na análise, eleva-se o ponto de corte mínimo em termos de percentagem de concordância aceitável para cada artigo.

Na Tabela 8.6, são apresentadas as porcentagens que são usadas para a soma e a soma resultante. O Gráfico 8.2, análogo ao anterior, mostra as taxas de consenso, considerando categorias adjacentes, para cada artigo, divididas em diferentes faixas de 10% e para os 100% de concordância, nas suas barras. A mesma permite uma ideia da taxa global de concordância bruta para o conjunto dos artigos submetidos à avaliação, sob este critério.

Como a escolha de um determinado nível de concordância é novamente arbitrária, a ilustração apresenta uma linha que mostra a porcentagem acumulada de concordância partindo de 100% de concordância progressivamente para níveis mais baixos. É possível visualizar que, por exemplo, para um nível de concordância bruta de categorias adjacentes de 70% por artigo, tem-se que 84,61% (porcentagem acumulada) dos artigos seriam considerados com concordância. Em 44,87% dos artigos ocorre concordância maior ou igual a 90%, em outro exemplo de ponto de corte para este critério. E assim por diante.

A seguir (Quadro 8.5 e Tabela 8.7) são mostrados os relatórios de Minitab e SPSS para dois testes de hipótese para decidir se a proporção de 84,61% está acima de 50%. Os dois testes (teste z e binominal) mostram que a proporção encontrada é significativamente diferente de 50%, pois ambos tem p-value abaixo de 0,05 (0,000 em ambos).

Tabela 8.6 – Somatório das classificações dos artigos da amostra selecionada, considerando categorias adjacentes como critério

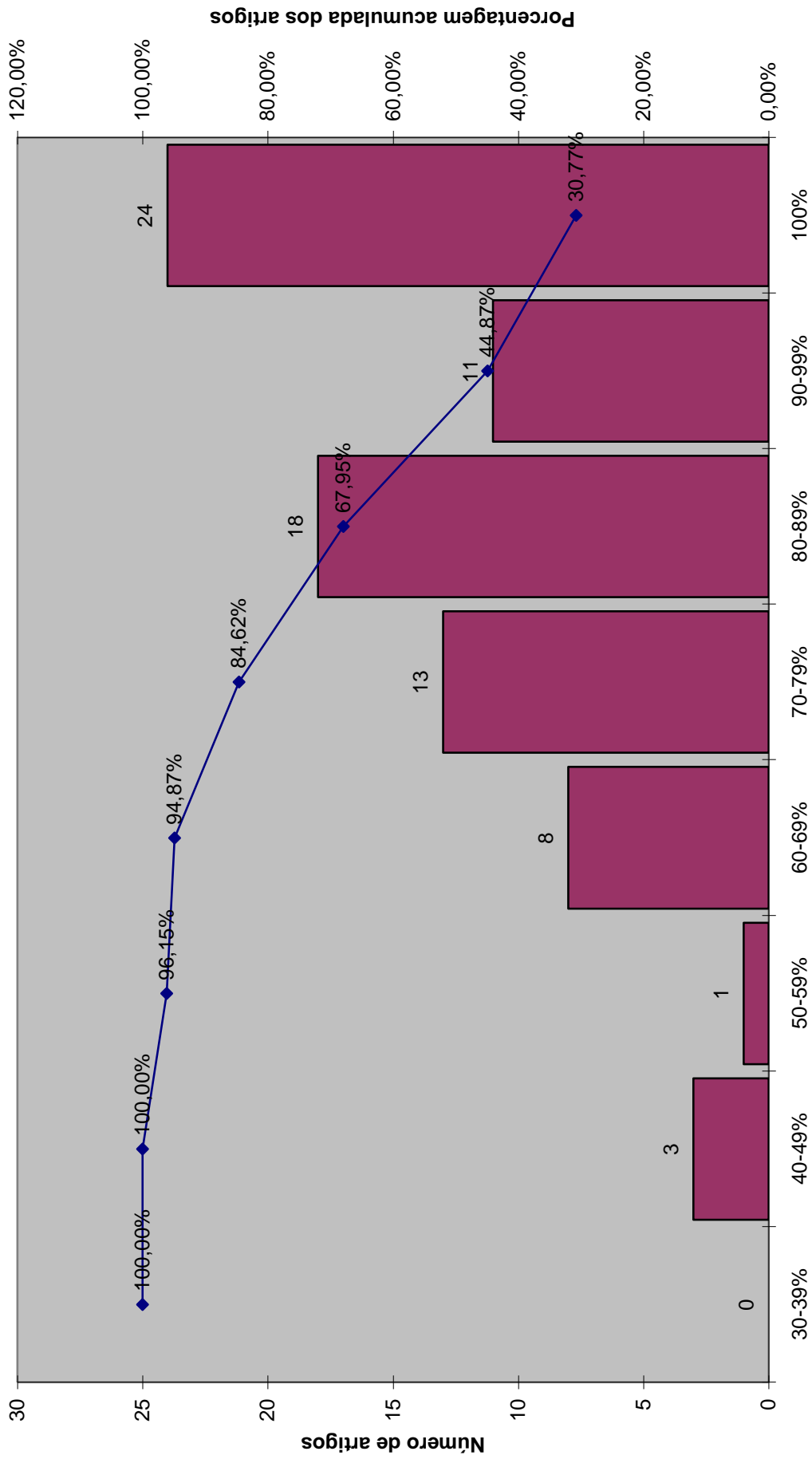
(continua)

Código	Nota = 1 (%)	Nota = 2 (%)	Nota = 3 (%)	Nota = 4 (%)	Soma (%)
bar2	0,00%	0,00%	30,00%	70,00%	100,00%
rac1	40,00%	40,00%	10,00%	10,00%	80,00%
bar1	60,00%	30,00%	10,00%	0,00%	90,00%
rac2	10,00%	10,00%	10,00%	70,00%	80,00%
rac3	30,00%	30,00%	10,00%	30,00%	40,00%
rac-e1	0,00%	10,00%	10,00%	80,00%	90,00%
rac-e2	11,10%	0,00%	22,20%	66,70%	88,90%
rae1	11,10%	11,10%	55,60%	22,20%	88,90%
bar1	44,40%	22,20%	33,30%	0,00%	66,60%
rae2	0,00%	0,00%	33,30%	66,70%	100,00%
rae3	0,00%	0,00%	33,30%	66,70%	100,00%
rae4	0,00%	0,00%	33,30%	66,70%	100,00%
rae5	0,00%	0,00%	55,60%	44,40%	100,00%
rae6	22,20%	0,00%	22,20%	55,60%	77,80%
bar1	77,78%	22,20%	0,00%	0,00%	99,98%
rae7	11,10%	0,00%	44,40%	44,40%	88,80%
rae8	0,00%	11,10%	22,20%	66,70%	88,90%
rae-e1	11,10%	0,00%	11,10%	77,80%	88,90%
rae-e2	10,00%	10,00%	60,00%	20,00%	90,00%
rae-e3	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
bar1	70,00%	20,00%	10,00%	0,00%	90,00%
rae-e4	10,00%	0,00%	0,00%	90,00%	90,00%
rap1	0,00%	30,00%	30,00%	40,00%	70,00%
rap2	0,00%	0,00%	20,00%	80,00%	100,00%
rap3	0,00%	37,50%	25,00%	37,50%	62,50%
rap4	12,50%	62,50%	12,50%	12,50%	87,50%
bar1	87,50%	12,50%	0,00%	0,00%	100,00%
rap5	12,50%	12,50%	12,50%	62,50%	75,00%
rap6	0,00%	0,00%	12,50%	87,50%	100,00%
rap7	25,00%	25,00%	37,50%	12,50%	75,00%
rap8	11,10%	11,10%	11,10%	66,70%	77,80%
rap9	11,10%	22,20%	22,20%	44,40%	66,60%
bar1	33,30%	55,60%	11,10%	0,00%	100,00%
rap10	11,10%	0,00%	0,00%	88,90%	88,90%
rap11	11,10%	44,40%	22,20%	22,20%	77,70%
rap12	0,00%	22,20%	22,20%	55,60%	77,80%
rap13	40,00%	30,00%	20,00%	10,00%	70,00%
rap14	40,00%	20,00%	30,00%	10,00%	60,00%
bar1	90,00%	10,00%	0,00%	0,00%	100,00%

Tabela 8.6 – Somatório das classificações dos artigos da amostra selecionada, considerando categorias adjacentes como critério

Código					(conclusão)
	Nota = 1 (%)	Nota = 2 (%)	Nota = 3 (%)	Nota = 4 (%)	Soma (%)
rap15	0,00%	10,00%	10,00%	80,00%	90,00%
rap16	0,00%	0,00%	10,00%	90,00%	100,00%
rap17	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%
rap18	20,00%	0,00%	10,00%	70,00%	80,00%
rap19	0,00%	10,00%	30,00%	60,00%	90,00%
bar1	70,00%	20,00%	10,00%	0,00%	90,00%
rap20	10,00%	10,00%	30,00%	50,00%	80,00%
rap21	0,00%	10,00%	20,00%	70,00%	90,00%
rap22	30,00%	30,00%	20,00%	20,00%	60,00%
rap23	33,30%	11,10%	33,30%	22,20%	44,40%
rap24	11,10%	0,00%	33,30%	55,60%	88,90%
bar1	55,60%	22,20%	22,20%	0,00%	77,80%
rap25	11,10%	0,00%	11,10%	77,80%	88,90%
rap26	0,00%	22,20%	11,10%	66,70%	77,80%
rap27	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
rausp1	44,40%	22,20%	33,30%	0,00%	66,60%
rausp2	33,30%	33,30%	33,30%	0,00%	66,60%
bar1	66,70%	11,10%	22,20%	0,00%	77,80%
rausp3	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
rausp4	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
rausp5	55,60%	0,00%	33,30%	11,10%	55,60%
rac4	10,00%	30,00%	50,00%	10,00%	90,00%
rac5	30,00%	30,00%	10,00%	30,00%	40,00%
bar1	30,00%	70,00%	0,00%	0,00%	100,00%
rac6	0,00%	0,00%	20,00%	80,00%	100,00%
rae9	0,00%	20,00%	40,00%	40,00%	80,00%
rae10	0,00%	0,00%	10,00%	90,00%	100,00%
rae-e5	22,20%	11,10%	55,60%	11,10%	77,80%
rap28	33,30%	33,30%	33,30%	0,00%	66,60%
bar1	88,90%	0,00%	11,10%	0,00%	88,90%
rap29	44,40%	44,40%	0,00%	11,10%	88,80%
rap30	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
rap31	0,00%	0,00%	11,10%	88,90%	100,00%
rap32	0,00%	18,20%	27,30%	54,50%	81,80%
rap33	10,00%	10,00%	0,00%	80,00%	80,00%
bar1	30,00%	40,00%	30,00%	0,00%	100,00%
rap34	22,20%	11,10%	44,40%	22,20%	77,70%
rap35	0,00%	0,00%	44,40%	55,60%	100,00%
rausp6	0,00%	0,00%	22,20%	77,80%	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor



Faixas de concordância (somatório da categoria de maior concordância e categorias adjacentes)
Gráfico 8.2 - Faixas de concordância para os artigos da amostra (considerando categorias adjacentes)
Fonte: Elaborado pelo autor

Test and CI for One Proportion: Concordância

Test of $p = 0,5$ vs $p \text{ not} = 0,5$

Event = 1,00

Variable	X	N	Sample p	95% CI	Z-Value	P-Value
Concordância	66	78	0,846154	(0,766084; 0,926224)	6,11	0,000

Using the normal approximation.

Quadro 8.5 – Relatório de saída do Minitab para o teste z de proporções, considerando categorias adjacentes como critério

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 8.7 – Relatório de saída do SPSS para o teste binomial de proporções, considerando categorias adjacentes como critério

Binomial Test							
	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	
Adjacente	Group 1	1,00	66	,85	,50	,000	,000
	Group 2	,00	12	,15			
	Total		78	1,00			

Fonte: Elaborado pelo autor

Esses achados permitem interpretar, por exemplo, que para pelo menos 84,61% dos artigos tem-se que metade ou mais dos respondentes concordam “aproximadamente” com a mesma classificação para aqueles artigos⁸. Pode ser interpretado também como concordância em torno de um determinado *rating*.

Por outro lado, a estatística originalmente utilizada nos artigos tomados como referência para esta tese foi a Correlação Intraclasse – *Intraclass Correlation* (ICC). O Quadro 8.6 reporta os resultado da ICC para as classificações da presente tese.

⁸ Se o *filler* (artigo bar1) for desconsiderado, esta medida seria 83,08%, e com o teste de hipótese de proporção diferente de 50% significativo ($p\text{-value} = 0,000$).

Intraclass Correlation Coefficient							
	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,558	,474	,648	14,867	77	780	,000
Average Measures	,933	,908	,953	14,867	77	780	,000

Quadro 8.6 – Relatório de saída do SPSS para a correlação intraclasse das classificações realizadas

Fonte: Elaborado pelo autor

A correlação intraclasse que se aplica à presente pesquisa seria a *absolute agreement, single measures, one-way random effect*, que corresponde a um resultado de 0,558 (ver Quadro 8.6). A interpretação, na literatura, para os resultados de ICC é a seguinte: de 0 a 0,2 são considerados “ruins”; de 0,21 a 0,4, “fracos”; de 0,41 a 0,6, “regulares”; de 0,61 a 0,8, “substanciais”; e acima de 0,8, “quase perfeitos” (LANDIS; KOCH, 1977). Ou seja, o resultado da presente pesquisa para consenso, por esta medida, seria “regular”.

Vale notar que a aplicação da ICC tem indicação questionável neste caso. A ICC encontra sua melhor utilização em variáveis contínuas e, em casos de variáveis ordinais-categóricas (como no presente estudo), muitos não vêm porque utilizar outra estatística que não a concordância bruta. Para Garson (2012), lidando com dados categóricos, o consenso é medido como o número de concordâncias dividido pelo número total de observações. E para Uebersax (2007), não há razão para preferir ICC em detrimento de taxas brutas de concordância, em se tratando de dados ordinais-categóricas. Ele define taxas brutas como o número ou porcentagem de concordância em cada categoria de classificação.

Além disso, o algoritmo de alguns softwares de estatística, notadamente o Minitab, revela que ao calcular confiabilidade (*reliability*), desconsideram itens com variação zero. No presente estudo tem-se cinco artigos com variação zero, ou seja, cinco artigos com concordância perfeita, em que todos os respondentes (9 a 10, a depender do artigo) classificarem o artigo exatamente da mesma forma. Esta situação provavelmente subdimensiona o nível de concordância das respostas ao se utilizar estas técnicas com variáveis ordinais-categóricas.

O que se pode presumir, portanto, é que os autores do artigo que mostra a técnica original (NAG; CHEN; HAMBRICK, 2007) assumiram que seus dados se comportariam como variáveis contínuas em função do maior número de artigos e respondentes. De qualquer forma, neste trabalho, foram reportados os achados de ICC, bem como de taxa de concordância bruta.

Tendo em conta as observações acima, o Quadro 8.7 sintetiza a comparação dos achados em termos de concordância para os diferentes critérios descritos.

	Resultado
Proporção de concordância bruta - classe única e concordância maior ou igual a 50% como critérios	73,08%
Proporção de concordância bruta - classes adjacentes e concordância maior ou igual a 70% como critérios	84,61%
Correlação intraclasse	0,558

Quadro 8.7 – Comparação dos diferentes critérios para análise de consenso das respostas

Fonte: elaborado pelo autor

8.3 Seleção dos artigos para análise

Vencidas as etapas anteriores e a fim de iniciar as análises propriamente ditas para definir escopo e diferenciação da pesquisa em AS, fez-se necessário trabalhar somente com os artigos consistentemente definidos como de AS ou daqueles consistentemente definidos como de não AS (NAS), ou seja, exclusão de artigos com classificação inconsistente.

A inconsistência da classificação foi definida a partir da variabilidade da sua classificação. Uma variação maior que um desvio padrão (1 DP) entre as classificações dos avaliadores foi o critério para rotular os artigos como de inconsistente categorização.

Os artigos de média maior que 3,0 tiveram neste trabalho classificação final (ou, doravante neste trabalho, também denominado “tipo”) de artigos de AS. Todos aqueles com média igual ou menor que 3,0, foram definidos como artigos de tipo NAS (logicamente exatamente a média três também não corresponde a um artigo “definitivamente” de AS). Estas escolhas, ainda que possam ser vistas como arbitrárias, diga-se, estão em linha com a metodologia dos artigos citados como de referência para o presente estudo, e permitiram alcançar os elementos essenciais da definição da área.

Os próximos quadros mostram: Quadro 8.8, artigos com desvio padrão de *rating* acima de 1,00 dentro da amostra selecionada, ou seja, artigos com classificação final inconsistente; Quadro 8.9, artigos com *rating* médio acima de 3,00 dentro da amostra selecionada, ou seja, artigos com classificação final (ou tipo) AS; e Quadro 8.10, artigos com *rating* médio igual ou abaixo de 3,00 dentro da amostra selecionada, ou seja, artigos tipo NAS.

Código	Média	Desvio Padrão	Título
rae6	3,11	1,27	Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes
rac3	2,40	1,26	E Agora, o que Fazer com Essa Tecnologia? Um Estudo Multicaso sobre as Possibilidades de Transferência de Tecnologia na USP-RP
rac5	2,40	1,26	O Impacto do Desemprego sobre o Bem-Estar Psicológico dos Trabalhadores da Cidade de Natal
rap18	3,30	1,25	A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil
rap23	2,44	1,24	Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais
rausp5	2,00	1,22	Propaganda de alimentos na televisão: uma ameaça à saúde do consumidor?
rap5	3,25	1,16	Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde
rap22	2,30	1,16	Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da Copasa-MG
rap8	3,33	1,12	Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso
rap9	3,00	1,12	O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S)
rap34	2,67	1,12	Seguridade social, saúde e equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate
rap14	2,10	1,10	Marcos regulatórios estaduais em saneamento básico no Brasil
rap33	3,50	1,08	Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo
rac2	3,40	1,07	Estratégias Competitivas na Área da Saúde no Brasil: um Estudo Exploratório
rap7	2,38	1,06	Metodologia para gerenciar projetos de pesquisa e desenvolvimento com foco em produtos: uma proposta
rap13	2,00	1,05	Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro
rap20	3,20	1,03	Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde
rae-e1	3,56	1,01	Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público
rap25	3,56	1,01	A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005)
rac-e2	3,44	1,01	Democratização do Poder Local e Efetividade de Programas Sociais: Análise de uma Experiência Municipal
rae-e5	2,56	1,01	A dinâmica da aprendizagem gerencial em um hospital
rap11	2,56	1,01	Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão governamental

Quadro 8.8 – Artigos com classificação final (tipo) inconsistente

Fonte: elaborado pelo autor

Código	Média	Desvio Padrão	Título
rae-e3	4,00	0,00	Proposta de um modelo para a avaliação dos princípios de aprendizagem existentes em um hospital
rap27	4,00	0,00	Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP
rap30	4,00	0,00	Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos
rausp3	4,00	0,00	Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos
rae10	3,90	0,32	Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente
rap16	3,90	0,32	Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família
rap31	3,89	0,33	O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros
rap6	3,88	0,35	Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários
rac6	3,80	0,42	Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde na Bahia
rap2	3,80	0,42	Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade
rausp6	3,78	0,44	Gestão em parceria entre uma fundação de apoio e um hospital público universitário: análise custo-efetividade
bar2	3,70	0,48	A Proposed Architecture for Implementing a Knowledge Management System in the Brazilian National Cancer Institute
rac-e1	3,70	0,67	Evidências Empíricas da Resistência à Implantação de Prescrição Eletrônica: uma Análise Explano-exploratória
rap15	3,70	0,67	A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina
rae-e4	3,70	0,95	Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde
rae2	3,67	0,50	Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo
rae3	3,67	0,50	ONGS/AIDS: Acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações
rae4	3,67	0,50	Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos
rap10	3,67	1,00	Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos
rap21	3,60	0,70	Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS

Quadro 8.9 – Artigos com classificação final (tipo) de administração em saúde

Fonte: elaborado pelo autor

(continua)

Código	Média	Desvio Padrão	Título
rap35	3,56	0,53	O marketing na área de saúde
rae8	3,56	0,73	Ambivalent implications of health care information systems: a study in the brazilian public health care system
rap17	3,50	0,53	Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil
rap19	3,50	0,71	Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa
rae5	3,44	0,53	Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos
rap26	3,44	0,88	Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN
rap32	3,36	0,81	Quem é o responsável pela qualidade na saúde?
rap12	3,33	0,87	Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública
rap24	3,33	1,00	Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil
rae7	3,22	0,97	Preveno a insolvência de operadoras de planos de saúde
rae9	3,20	0,79	Organizações, confiabilidade e tecnologia
rap1	3,10	0,88	As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde

Quadro 8.9 – Artigos com classificação final (tipo) de administração em saúde

Fonte: elaborado pelo autor

Código	Média	Desvio Padrão	Título
rap3	3,00	0,93	A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz
rae-e2	2,90	0,88	A confiança nos relacionamentos interorganizacionais: o campo da biotecnologia em análise
rae1	2,89	0,93	Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais
rac4	2,60	0,84	Códigos de Ética Corporativa e a Tomada de Decisão Ética: Instrumentos de Gestão e Orientação de Valores Organizacionais?
rap4	2,25	0,89	Mudança organizacional em uma empresa familiar brasileira
rap28	2,00	0,87	Espaços e caminhos para a pesquisa em administração: estimulando a prática da reflexividade
rausp2	2,00	0,87	O impacto de percepções de justiça em três bases de comprometimento organizacional
rac1	1,90	0,99	Fotografias Como um Recurso de Pesquisa em Marketing: o Uso de Métodos Visuais no Estudo de Organizações de Serviços
rausp1	1,89	0,93	Estresse ocupacional de docentes do ensino superior
rap29	1,78	0,97	Barreiras ao desenvolvimento de clusters em espaços não-centrais: o caso da biotecnologia em Belo Horizonte
bar1	1,51	0,70	Archetypes of Organizational Success and Failure
rausp4	1,00	0,00	Análise exploratória sobre a mensuração de resultados da capacitação via estágios pós-doutorais: heterogeneidade entre grandes áreas do conhecimento?

Quadro 8.10 – Artigos com classificação final (tipo) de não administração em saúde
Fonte: elaborado pelo autor

Como percebe-se, ocorreram 22 artigos com classificação inconsistente, 32 artigos de tipo AS e 12 artigos de tipo NAS. Foi sobre os dois últimos grupos que foram feitas a maioria das análises que seguem.

9 RESPOSTAS DE ESTUDIOSOS DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE – ANÁLISES DE CONTEÚDO

Esta seção mostra as principais análises de conteúdo realizadas a partir da pesquisa de campo para a tese, quais sejam: a análise lexicográfica, a análise temática e a análise de agrupamentos, todas relacionadas às respostas dos estudiosos de organizações de saúde.

A análise lexicográfica realizada segundo a técnica já referida, buscando elencar os lexemas (raízes de palavras) e elementos conceituais mais frequentes e mais relacionados aos artigos tipo AS. A técnica trabalhou apenas inicialmente com raízes de palavras, e depois, com aglomeração dessas em elementos conceituais. Os dois níveis de análise oferecem achados que foram posteriormente abordados na seção Discussão, a seguir. O uso dos elementos conceituais permitiu análises mais sofisticadas, como a modelagem de equação de regressão logística para descrever (e eventualmente, prever) o tipo de artigo.

Se a análise lexicográfica contemplou a técnica original, aqui foi acrescentado um tipo diferente de análise de conteúdo, a análise temática, a fim de aumentar a validade dos achados por meio de uma comparação dos resultados das duas diferentes técnicas. A partir dos achados da última foi também desenvolvida análise de conglomerados (*cluster analysis*) e um modelo de regressão logística a fim de facilitar o cotejamento direto das duas técnicas de análise de conteúdo (lexicográfica e temática).

9.1 Análise lexicográfica

A análise lexicográfica, que nada mais é que a análise dos lexemas dos textos sob estudo, foi conduzida com o apoio do software *Concordance*®. O mesmo é um programa disponível para carregamento e utilização livremente na rede mundial de computadores.

Neste ponto, foi seguida estritamente a técnica de Nag, Chen e Hambrick (2007) e Hu, Pan e Wang (2010). O programa *Concordance*® permite a elaboração e a padronização dos lexemas e sua respectiva contagem, em todos os artigos e em grupos de artigos predefinidos.

9.1.1 Lexemas

Trabalhar diretamente com as palavras produz um número muito grande de unidades individuais. Ao trabalhar com lexemas reduz-se essa variação para somente as raízes das diferentes palavras. Para registro da contagem de frequências, utilizou-se, em geral, portanto a raiz ou a forma de apresentação mais frequente. Esse procedimento reduz o grande número de unidades, sem perda relevante de informação.

A seleção de lexemas/palavras também foi feita à luz dos objetivos do trabalho, desconsiderando-se palavras como “estudo”, “pesquisa”, “trabalho”, “artigo”, “analisar”, “constatar”, “investigar”, “concluir”, entre outras. Conjunções, preposições, advérbios, nomes próprios e alguns adjetivos, também não são de interesse para o desenvolvimento do trabalho.

Desta forma, pode se chegar aos lexemas mais frequentes nos artigos em geral (Tabela 9.1) e nos artigos que foram categorizados como tipo AS (Tabela 9.2).

Tabela 9.1 – Lexemas mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos selecionados

Lexema	Total	Lexema	Total	Lexema	Total
saúde	154	compromisso ou		cultura	8
gestão	95	comprometimento	17	efetividade	8
pública	76	índices/indicador	17	estresse	8
organização	69	rede	17	justiça	8
hospital	59	administração	16	local	8
serviço	49	econômico	16	marketing	8
custos	42	necessidade	16	ONG	8
município	42	teoria	16	PSF	8
sistema	40	ética	15	psicológico	8
social	40	família	15	responsabilidade	8
qualidade	37	financeiro	15	SUS	8
tecnologia	37	decisão	14	ambiente	7
implantar ou		governo	14	competitiva	7
implementar	36	secretaria	14	consumidor	7
modelo	33	eficiência	13	legislação	7
processo	33	medicamentos	13	educação	7
empresa	32	igualdade	13	equipe	7
política	31	agência	12	executivo	7
desenvolver	30	prática	12	impacto	7
inovação/novo	29	região	12	lucro	7
estado	28	odontologia	11	técnica	7
programa	27	compras	11	acesso	6
informação	26	estrutura	11	atores	6
instituição	26	função	11	bem-estar	6
estratégia	25	população	11	docente	6
recurso	24	alimentar	10	emprego	6
assistência	23	atender	10	ensino	6
ciência	22	cobertura	10	federal	6
produzir ou		controle	10	financiamento	6
produção	22	humana	10	formulação	6
profissional	22	investimento	10	gastos	6
conhecimento	21	nacional	10	indivíduos	6
medico ou		parceria	10	interesse	6
medicina	21	prestação	10	mecanismos	6
aprendizagem	20	privada	10	mercado	6
atividade	20	usuários	10	regulação	6
mudança	20	clientes	9	saneamento	6
operacional	20	descentralização	9	sanitário	6
universidade	20	diretor	9	vida	6
plano ou		participação	9	equidade	5
planejamento	18	sucesso	9	universal	4
capacidade	17	clinico	8	desigualdade	4

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 9.2 – Lexemas mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos com classificação final como de administração em saúde

Lexema	Total	Lexema	Total
saúde	95	conhecimento	8
gestão	51	aprendizagem	8
hospital	45	índices ou indicadores	8
pública	42	necessidade	8
custos	32	decisão	8
sistema	32	secretaria	8
implantar ou		odontologia	8
implementar	27	PSF	8
serviço	25	rede	7
organização	24	região	7
social	22	população	7
informação	22	atender	7
município	21	parceria	7
modelo	20	usuários	7
médico ou medicina	18	ONG	7
política	16	SUS	7
inovação ou novo	16	equipe	7
tecnologia	15	lucro	7
recurso	15	mudança	6
assistência	15	eficiência	6
operacional	15	estrutura	6
processo	14	nacional	6
desenvolver	14	prestação	6
qualidade	13	descentralização	6
programa	13	clinico	6
profissional	13	responsabilidade	6
instituição	12	acesso	6
econômico	12	ciência	5
financeiro	12	compras	5
medicamentos	12	controle	5
estado	11	efetividade	5
administração	11	financiamento	5
família	11	teoria	4
estratégia	10	pratica	4
atividade	10	investimento	4
capacidade	10	privada	4
Igualdade	10	sucesso	4
cobertura	10	marketing	4
empresa	9	mecanismos	4
universidade	9	equidade	4
plano ou		universal	3
planejamento	9	desigualdade	3

Fonte: Elaborado pelo autor

Os resultados expostos nos quadros acima não são ainda suficientes para as análises que se pretende realizar, porém eles já permitem algumas observações e *insights* que serão abordados quando da Discussão.

O estudo da correlação ou associação da presença destes lexemas à classificação final como artigo AS (Tabela 9.3) permitem também algumas inferências, que se não são também ainda as que se deseja, pelos menos são ilustrativas de alguns aspectos.

Para análise de correlação utilizou-se inicialmente a técnica original de Nag, Chen e Hambrick (2007) e Hu, Pan e Wang (2010), que baseia as suas conclusões em cálculos de Correlação Biserial – *Biserial Correlation* (BSC) e de frequências, respectivamente. Neste trabalho optou pela confecção de tabela de referência cruzada e cálculos de associação, pois a BSC pressupõe que as variáveis sejam contínuas (como os autores do modelo trabalharam com amostra muito maior do que a atingida neste trabalho, é muito provável que, no caso deles, essa assunção seja adequada).

Optou-se por trabalhar com duas variáveis dicotômicas: (1) a presença ou não de determinado lexema no artigo e (2) o tipo de artigo, AS ou NAS. Este tipo de estatísticas pediria o uso de Qui-Quadrado, mas como uma sondagem nas tabelas de referência revelou que os pressupostos para a utilização do Qui-Quadrado não foram satisfeitos, optou-se pela utilização do Teste Exato de Fisher, solução amparada pela literatura (LEVIN, 1987; MAROCO, 2007).

As condições em questão dizem respeito a uma tabela de referência cruzada com: $N \geq 20$; (2) todos os $E_{ij} > 1$ e (3) pelo menos 80% dos $E_{ij} \geq 5$, onde N é o tamanho da amostra e E_{ij} são as frequências esperadas por célula (LEVIN, 1987; MAROCO, 2007). Por uniformidade, foi utilizado o Teste de Fisher para a análise de todos os lexemas.

A Tabela 9.3 mostra o resultado do Teste de Fisher (p-value) e o resultado do BSC, tanto em termos de p-value com do próprio r biserial, o qual permite visualizar o sinal da correlação, negativo ou positivo, entre o tipo de artigo e a presença do lexema.

Tabela 9.3 – Medidas de associação e correlação entre a presença de lexemas e o tipo do artigo na amostra selecionada

(continua)

Lexema	Qui-Quadrado (Sig.)	Teste Exato de Fisher (Sig.)	BSC	
			(r biserial)	(Sig.)
saúde	0,580	0,707	0,306	0,043
gestão	0,388	0,504	0,093	0,549
pública	0,622	0,740	0,215	0,161
organização	0,002	0,005	-0,447	0,002
hospital	0,059	0,075	0,296	0,051
serviço	0,337	0,487	0,070	0,654
custos	0,039	0,047	0,241	0,116
município	0,163	0,241	0,182	0,236
sistema	0,337	0,487	0,189	0,219
social	0,163	0,241	0,185	0,228
qualidade	0,400	0,653	0,107	0,490
tecnologia	0,647	0,687	-0,064	0,679
implantar	0,045	0,083	0,295	0,052
modelo	0,800	1,000	0,020	0,898
processo	0,516	0,722	-0,122	0,432
empresa	0,001	0,002	-0,331	0,028
política	0,836	1,000	0,133	0,389
desenvolver	0,895	1,000	-0,080	0,606
inovação/novo	0,826	1,000	0,038	0,809
estado	0,400	0,653	0,109	0,482
programa	0,873	1,000	0,081	0,600
informação	0,222	0,405	0,196	0,202
instituição	0,686	1,000	-0,078	0,617
estratégia	0,647	0,687	-0,051	0,741
recurso	0,434	0,698	0,022	0,885
assistência	0,222	0,405	0,184	0,231
ciência	0,179	0,321	-0,272	0,074
produzir/produção	0,001	0,003	-0,390	0,009
profissional	0,826	1,000	0,090	0,560
conhecimento	0,179	0,321	-0,127	0,410
medico/medicina	0,107	0,167	0,207	0,178
aprendizagem	0,536	1,000	0,093	0,547
atividade	0,720	0,658	-0,010	0,950
mudança	0,497	0,603	-0,163	0,289
operacional	0,530	1,000	0,155	0,316
universidade	0,497	0,603	-0,065	0,674
plano/planejamento	0,400	0,653	0,132	0,394
capacidade	0,434	0,457	-0,015	0,925
compromisso	0,179	0,321	-0,274	0,072
índices/indicadores	0,107	0,167	0,209	0,174
rede	0,915	1,000	-0,160	0,299
administração	0,557	0,702	0,066	0,670

Tabela 9.3 – Medidas de associação e correlação entre a presença de lexemas e o tipo do artigo na amostra selecionada

(continuação)

Lexema	Qui-Quadrado (Sig.)	Teste Exato de Fisher (Sig.)	BSC	
			(r biserial)	(Sig.)
econômico	0,530	1,000	0,141	0,360
necessidade	0,400	0,653	0,147	0,340
teoria	0,313	0,369	-0,238	0,121
ética	0,099	0,273	-0,249	0,103
família	0,400	0,653	0,109	0,482
financeiro	0,077	0,163	0,223	0,146
decisão	0,400	0,653	0,000	1,000
governo	0,272	0,551	0,166	0,283
secretaria	0,807	1,000	0,000	1,000
eficiência	0,873	1,000	0,024	0,887
medicamentos	0,375	1,000	0,134	0,387
igualdade	0,107	0,167	0,219	0,153
agência	0,099	0,273	-0,249	0,103
prática	0,497	0,603	-0,117	0,448
região	0,284	0,297	-0,056	0,717
odontologia	0,375	1,000	0,119	0,442
compras	0,272	0,551	0,143	0,355
estrutura	0,199	0,562	0,166	0,283
função	0,081	0,116	-0,263	0,084
população	0,720	0,658	0,040	0,799
alimentar	*	*	*	*
atender	0,300	0,413	0,156	0,311
cobertura	0,199	0,562	0,159	0,303
controle	0,698	1,000	0,080	0,604
humana	0,497	0,603	-0,222	0,148
investimento	0,720	0,658	-0,054	0,727
nacional	0,530	1,000	0,110	0,479
parceria	0,807	1,000	0,025	0,874
prestação	0,199	0,562	0,166	0,283
privada	0,720	0,658	-0,131	0,395
usuários	0,272	0,551	0,145	0,348
clientes	0,375	1,000	0,126	0,413
descentralização	0,375	1,000	0,126	0,413
diretor	0,375	1,000	0,134	0,387
participação	0,284	0,297	-0,085	0,584
sucesso	0,497	0,603	-0,187	0,223
clínico	0,199	0,562	0,183	0,235
cultura	0,497	0,603	-0,102	0,509
efetividade	0,272	0,551	0,143	0,355
estresse	0,099	0,273	-0,249	0,103
justiça	0,018	0,070	-0,283	0,063
local	0,460	0,476	-0,183	0,235

Tabela 9.3 – Medidas de associação e correlação entre a presença de lexemas e o tipo do artigo na amostra selecionada

Lexema	Qui-Quadrado (Sig.)	Teste Exato de Fisher (Sig.)	(conclusão)	
			BSC (r biserial)	(Sig.)
marketing	0,460	0,476	-0,111	0,472
ONG	0,460	0,476	0,057	0,711
PSF	0,272	0,551	0,163	0,291
psicológico	0,099	0,273	-0,249	0,103
responsabilidade	0,698	1,000	0,089	0,564
SUS	0,107	0,167	0,230	0,133
ambiente	0,497	0,603	-0,102	0,509
competitiva	0,099	0,273	-0,249	0,103
consumidor	0,018	0,070	-0,317	0,036
legislação	0,272	0,551	0,166	0,283
educação	0,099	0,273	-0,249	0,103
equipe	0,199	0,562	0,153	0,322
executivo	0,375	1,000	0,134	0,387
impacto	0,915	1,000	-0,085	0,584
lucro	0,536	1,000	0,093	0,547
técnica	0,112	0,176	-0,272	0,074
acesso	0,146	0,301	0,207	0,178
atores	0,807	1,000	-0,130	0,402
bem-estar	0,536	1,000	0,093	0,547
docente	0,112	0,176	-0,275	0,071
emprego	0,272	0,551	0,166	0,283
ensino	0,807	1,000	-0,193	0,209
federal	0,460	0,476	0,010	0,949
financiamento	0,272	0,551	0,143	0,355
formulação	0,807	1,000	-0,037	0,812
gastos	0,536	1,000	0,093	0,547
indivíduos	0,112	0,176	-0,239	0,118
interesse	0,807	1,000	-0,037	0,812
mecanismos	0,199	0,562	0,194	0,208
mercado	0,375	1,000	0,134	0,387
regulação	*	*	*	*
saneamento	*	*	*	*
sanitário	0,536	1,000	0,093	0,547
vida	0,460	0,476	-0,028	0,856
equidade	0,199	0,562	0,194	0,208
universal	0,272	0,551	0,166	0,283
desigualdade	0,375	1,000	0,126	0,413

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: * Estatística não calculada, pois lexema é uma constante

9.1.2 Elementos conceituais

O trabalho com os lexemas ainda impõe muitas dificuldades em termos de síntese dos achados. O procedimento para a análise em um nível mais abstrato foi feito por meio da formação de aglomerados de lexemas que se relacionam a determinados elementos conceituais, da mesma forma que foi realizado nos trabalhos utilizados como referencial (NAG; CHEN; HAMBRICK, 2007; HU; PAN; WANG, 2010).

Este trabalho de alocação de lexemas a elementos conceituais foi conduzido inicialmente baseado na literatura exposta anteriormente e nos objetivos do trabalho. Seu esboço foi apresentado para discussão e aprovação juntamente com a orientadora da tese. Esta discussão gerou um quadro definitivo, aquele que se apresenta no Quadro 9.1, a seguir.

A técnica da elaboração do quadro forçou a definição de um lexema para exclusivamente um único elemento conceitual, apesar de em alguns casos, os lexemas poderem eventualmente ser alocados em mais de um elemento. O quadro mostra a melhor solução que foi definida. Portanto, por exemplo, todas as palavras definidas como relativas ao elemento conceitual Administração, quando apareciam nos artigos (resumo e título) eram contabilizadas para somente este elemento.

As tabelas seguintes mostram os elementos conceituais mais frequentes nos artigos em geral (Tabela 9.4) e nos artigos que foram classificados como tipo AS (Tabela 9.5).

Estas duas tabelas, mais especificamente a Tabela 9.5, têm grande importância para definição do escopo da pesquisa acadêmica em AS. Comentários a este respeito foram delineados na seção Discussão.

Elemento	Lexemas	Elemento	Lexemas
Administração	gestão administração processo inovação/novo programa informação estratégia produzir/produção atividade mudança operacional plano/planejamento índices/indicadores desenvolver decisão compras estrutura função controle diretor marketing competitiva equipe executivo formulação implantar/implementar	Sistema	sistema município rede região população cobertura nacional parceria descentralização participação local ambiente
		Público	público ONG PSF SUS federal regulação saneamento usuários estado governo secretaria
		Privado	privado empresa clientes sucesso consumidor mercado
Saúde	saúde medico/medicina alimentar humana clinico psicológico bem-estar sanitário vida medicamentos odontologia	Prestação	prestação hospital assistência atender serviço
Equidade	equidade acesso desigualdade universal	Educação	educação universidade ciência docente ensino
Social	social	Compromisso	compromisso comprometimento
Resultado	impacto	Aprendizagem	conhecimento aprendizagem

Quadro 9.1 – Definição dos elementos conceituais a partir dos lexemas na amostra selecionada

Fonte: Elaborado pelo autor

(continua)

Elemento	Lexemas	Elemento	Lexemas
Econômico/Eficiência	custos econômico financeiro eficiência investimento lucro financiamento gastos	Indivíduos	indivíduos
		Família	família
		Ética	ética
		Estresse	estresse
Teoria	teoria	Emprego	emprego
Tecnologia	tecnologia	Efetividade	efetividade
Técnica	técnica	Cultura	cultura
Responsabilidade	accountability responsabilidade	Capacidade ou Recursos	recurso capacidade
Profissional	profissional	Agência	agência
Prática	prática	Necessidade	necessidade
Política	política atores	Modelo	modelo
Organização	organização instituição	Mecanismos	mecanismos
Qualidade	qualidade	Justiça	justiça legislação
		Interesse	interesse

Quadro 9.1 – Definição dos elementos conceituais a partir dos lexemas na amostra selecionada

Fonte: Elaborado pelo autor

A Tabela 9.6 a seguir mostra a associação ou correlação da presença dos elementos conceituais com o tipo de artigo classificado, da mesma forma que foi realizada em relação aos lexemas na Tabela 9.3 e com as mesmas restrições ao cálculo. Muitos elementos apresentavam as mesmas violações ao uso de Teste do Qui-quadrado expostas anteriormente. Por uniformidade, foi utilizado o Teste de Fisher para as análises de todos os elementos.

Tabela 9.4 – Elementos mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos da amostra

Elemento	Total	Elemento	Total
Administração	535	Compromisso	17
Saúde	253	Necessidade	16
Sistema	185	Teoria	16
Público	184	Família	15
Prestação	151	Justiça	15
Econômico/Eficiência	115	Ética	15
Organização	95	Prática	12
Privado	73	Agência	12
Educação	61	Responsabilidade	8
Capacidade/Recursos	41	Efetividade	8
Aprendizagem	41	Cultura	8
Social	40	Estresse	8
Política	37	Resultado	7
Tecnologia	37	Técnica	7
Qualidade	37	Mecanismos	6
Modelo	33	Emprego	6
Profissional	22	Interesse	6
Equidade	19	Indivíduos	6

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 9.5 – Elementos mais frequentes nos resumos e títulos dos artigos com classificação final de administração em saúde

Elemento	Total	Elemento	Total
Administração	272	Profissional	13
Saúde	147	Família	11
Sistema	110	Necessidade	8
Prestação	98	Responsabilidade	6
Público	96	Efetividade	5
Econômico/Eficiência	79	Teoria	4
Organização	36	Prática	4
Capacidade/Recursos	25	Mecanismos	4
Social	22	Resultado	3
Privado	22	Justiça	3
Modelo	20	Emprego	3
Política	18	Cultura	3
Educação	17	Compromisso	3
Equidade	16	Interesse	2
Aprendizagem	16	Técnica	1
Tecnologia	15	Indivíduos	1
Qualidade	13		

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 9.6 – Medidas de associação e correlação entre a presença de elementos e o tipo do artigo na amostra selecionada

Elemento	Qui-Quadrado	Teste Exato de Fisher	BSC	
	(Sig.)	(Sig.)	(r biserial)	(Sig.)
Teoria	0,313	0,369	-0,238	0,120
Tecnologia	0,647	0,687	-0,064	0,679
Técnica	0,112	0,176	-0,272	0,074
Social	0,163	0,241	0,185	0,228
Sistema	0,189	0,259	0,128	0,406
Saúde	0,053	0,075	0,353	0,019
Impacto	0,915	1,000	-0,085	0,584
Responsabilidade	0,698	1,000	0,089	0,564
Qualidade	0,400	0,653	0,107	0,490
Público	0,654	0,732	0,250	0,102
Profissional	0,826	1,000	0,090	0,560
Privado	0,005	0,007	-0,364	0,015
Prestação	0,005	0,008	0,384	0,010
Prática	0,497	0,603	-0,117	0,448
Política	0,948	1,000	0,075	0,628
Organização	0,011	0,015	-0,455	0,002
Necessidade	0,400	0,653	0,147	0,340
Modelo	0,800	1,000	0,020	0,898
Mecanismos	0,199	0,562	0,194	0,208
Justiça	0,497	0,603	-0,239	0,119
Interesse	0,807	1,000	-0,037	0,812
Indivíduos	0,112	0,176	-0,239	0,118
Administração	0,099	0,273	0,135	0,382
Família	0,400	0,653	0,109	0,482
Ética	0,099	0,273	-0,249	0,103
Estresse	0,099	0,273	-0,249	0,103
Equidade	0,390	0,047	0,260	0,088
Emprego	0,272	0,551	0,166	0,283
Efetividade	0,272	0,551	0,143	0,355
Educação	0,198	0,259	-0,293	0,053
Econômico-Financeiro	0,136	0,181	0,295	0,052
Cultura	0,497	0,603	-0,102	0,509
Compromisso	0,179	0,321	-0,274	0,072
Capacidade/Recursos	0,901	1,000	0,011	0,944
Aprendizagem	0,313	0,369	-0,023	0,883
Agência	0,099	0,273	-0,249	0,103

Fonte: Elaborado pelo autor

É perceptível, na Tabela 9.6, que há diferenças entre os achados do Teste Exato de Fisher e da BSC. Por esta última haveria evidência de maior número de correlações significativas. Estas correlações em maior número também foram substrato para a discussão descrita a seguir, porém, de forma geral, foi levado em conta o resultado do Teste Exato de Fisher, em função de considerações já feitas.

9.1.3 Análise de regressão logística

A fim de oferecer base para validação dos achados, desenvolveu-se — como nos artigos originais — análise de regressão logística a partir dos resultados da análise lexicográfica. Optou-se por trabalhar somente com as variáveis significativas (do Teste Exato de Fisher), medida permitida no âmbito de cálculos estatísticos, pois de outra forma seria necessário um número de pelo menos trinta observações para cada parâmetro que se deseja estimar (CORRAR, PAULO, DIAS FILHO, 2009). A constatação da significância das mesmas já oferece aspectos para discussão, porém a elaboração de um modelo de regressão logística permite também visualizar a atuação em conjunto destes elementos.

Antes de efetivar a análise cabe a observação das correlações bivariadas entre as variáveis (os elementos) selecionadas (Tabela 9.7). Percebe-se que nenhum par tem correlação que possa comprometer a análise, ou seja, uma correlação acima de 0,75 (CORRAR, PAULO, DIAS FILHO, 2009; MAROCO, 2007).

Tabela 9.7 — Correlações entre os elementos selecionados pela significância nos artigos da amostra

	Saúde	Privado	Prestação	Organização
Privado	-0,144 0,352			
Prestação	0,152 0,324	-0,009 0,952		
Organização	-0,218 0,156	0,280 0,065	-0,067 0,667	
Equidade	0,067 0,668	-0,422 0,004	-0,069 0,656	-0,176 0,253

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Conteúdo das Células:
Correlação
p-value

O Quadro 9.2 mostra o relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística. Os resultados mostram que o modelo é significativo ($G = 25,582$, $p\text{-value} = 0,000$) e que tem adequada qualidade de ajustamento (Hosmer-Lemeshow = $1,58501$, $p\text{-value} = 0,954$).

Percebe-se que os elementos Privado e Organização (“ORGANIZAÇ”, no Quadro 9.2) têm sinal negativo e Prestação, Saúde e Equidade têm sinal positivo dentro do modelo. Os coeficientes mostram o peso de cada atributo dentro do modelo. Embora seja normalmente difícil a comparação do peso de diferentes variáveis em equações de regressão logística, neste caso em particular, tem-se todas as variáveis como variáveis binárias, o que facilita a comparação.

Foi confeccionada também uma tabela em Excel (Tabela 9.8) com os erros, acertos e estatística de Kolgomorov-Smirnov (KS) para as diferentes probabilidades estimadas pelo modelo de regressão. É possível constatar que no melhor ponto de corte, este modelo pode diferenciar em torno de 88,5% dos artigos, ou, em outras palavras, esta é sua porcentagem de acertos no seu melhor *cut-off*.

O modelo apresentado no Quadro 9.2 tem quatro dos seus coeficientes não significativos (considerando um $p\text{-value} < 0,1$). Como esta primeira exposição atende a objetivos descritivos da relação entre os elementos classificatórios dos artigos, estes são úteis, no conjunto, para explicar o *status* (tipo) assumido por cada artigo.

O modelo simplificado consta do Quadro 9.3 (Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística simplificada), onde se observa que as variáveis Privado, Prestação e Organização são as de maior poder preditivo identificado nesta amostra de artigos (considerando um $p\text{-value} < 0,1$). Novamente o coeficiente e o seu sinal podem aquilatar o peso da relação e a sua direção, em conjunto.

Binary Logistic Regression: tipo versus SAÚDE; PRIVADO; ...

Link Function: Logit

Response Information

Variable	Value	Count
tipo	1	32 (Event)
	0	12
Total		44

Logistic Regression Table

Predictor	Coef	SE Coef	Z	P	Odds Ratio	95% CI	
						Lower	Upper
Constant	0,340331	1,77037	0,19	0,848			
SAÚDE	0,524871	1,28281	0,41	0,682	1,69	0,14	20,89
PRIVADO	-1,85387	1,19579	-1,55	0,12	0,16	0,02	1,63
PRESTAÇÃO	3,41278	1,41596	2,41	0,016	30,35	1,89	486,88
ORGANIZAÇ	-2,02417	1,39148	-1,45	0,146	0,13	0,01	2,02
EQUIDADE	20,4354	7922,76	0,00	0,998	7,49864E+08	0,00	*

Test that all slopes are zero: G = 25,582, DF = 5, P-Value = 0,000

Goodness-of-Fit Tests

Method	Chi-Square	DF	P
Pearson	4,97867	10	0,893
Deviance	5,46927	10	0,858
Hosmer-Lemeshow	1,58501	6	0,954

Table of Observed and Expected Frequencies:

(See Hosmer-Lemeshow Test for the Pearson Chi-Square Statistic)

Value	Group								Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1										
Obs	0	2	4	7	4	6	6	3	32	
Exp	0,2	1,3	4,2	7,7	3,7	5,9	6,0	3,0		
0										
Obs	5	2	3	2	0	0	0	0	12	
Exp	4,8	2,7	2,8	1,3	0,3	0,1	0,0	0,0		
Total	5	4	7	9	4	6	6	3	44	

Quadro 9.2 – Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística da análise lexicográfica
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 9.8 – Porcentagens de erros, acertos e estatística de Kolgomorov-Smirnov para as diferentes probabilidades estimadas

Tipo	Probabilidade	Erro - NAS	Erro – AS	Erros Médios	Acertos Médios	KS
0	0,02826	91,7%	0,0%	45,8%	54,2%	8,3%
0	0,02826	83,3%	0,0%	41,7%	58,3%	16,7%
0	0,04685	75,0%	0,0%	37,5%	62,5%	25,0%
0	0,04685	66,7%	0,0%	33,3%	66,7%	33,3%
0	0,04685	58,3%	0,0%	29,2%	70,8%	41,7%
0	0,15659	50,0%	0,0%	25,0%	75,0%	50,0%
1	0,23885	50,0%	3,1%	26,6%	73,4%	46,9%
0	0,46881	41,7%	3,1%	22,4%	77,6%	55,2%
1	0,46881	41,7%	6,3%	24,0%	76,0%	52,1%
0	0,59867	33,3%	6,3%	19,8%	80,2%	60,4%
0	0,59867	25,0%	6,3%	15,6%	84,4%	68,8%
0	0,59867	16,7%	6,3%	11,5%	88,5%	77,1%
1	0,59867	16,7%	9,4%	13,0%	87,0%	74,0%
1	0,59867	16,7%	12,5%	14,6%	85,4%	70,8%
1	0,59867	16,7%	15,6%	16,1%	83,9%	67,7%
1	0,59867	16,7%	18,8%	17,7%	82,3%	64,6%
0	0,70375	8,3%	18,8%	13,5%	86,5%	72,9%
1	0,70375	8,3%	21,9%	15,1%	84,9%	69,8%
1	0,84928	8,3%	25,0%	16,7%	83,3%	66,7%
0	0,90498	0,0%	25,0%	12,5%	87,5%	75,0%
1	0,90498	0,0%	28,1%	14,1%	85,9%	71,9%
1	0,90498	0,0%	31,3%	15,6%	84,4%	68,8%
1	0,90498	0,0%	34,4%	17,2%	82,8%	65,6%
1	0,90498	0,0%	37,5%	18,8%	81,3%	62,5%
1	0,90498	0,0%	40,6%	20,3%	79,7%	59,4%
1	0,91865	0,0%	43,8%	21,9%	78,1%	56,3%
1	0,91865	0,0%	46,9%	23,4%	76,6%	53,1%
1	0,91865	0,0%	50,0%	25,0%	75,0%	50,0%
1	0,91865	0,0%	53,1%	26,6%	73,4%	46,9%
1	0,98632	0,0%	56,3%	28,1%	71,9%	43,8%
1	0,98632	0,0%	59,4%	29,7%	70,3%	40,6%
1	0,98632	0,0%	62,5%	31,3%	68,8%	37,5%
1	0,98632	0,0%	65,6%	32,8%	67,2%	34,4%
1	0,98632	0,0%	68,8%	34,4%	65,6%	31,3%
1	0,98632	0,0%	71,9%	35,9%	64,1%	28,1%
1	1,00000	0,0%	75,0%	37,5%	62,5%	25,0%
1	1,00000	0,0%	78,1%	39,1%	60,9%	21,9%
1	1,00000	0,0%	81,3%	40,6%	59,4%	18,8%
1	1,00000	0,0%	84,4%	42,2%	57,8%	15,6%
1	1,00000	0,0%	87,5%	43,8%	56,3%	12,5%
1	1,00000	0,0%	90,6%	45,3%	54,7%	9,4%
1	1,00000	0,0%	93,8%	46,9%	53,1%	6,3%
1	1,00000	0,0%	96,9%	48,4%	51,6%	3,1%
1	1,00000	0,0%	100,0%	50,0%	50,0%	0,0%

Fonte: Elaborado pelo autor

Notas: KS – Kolgomorov-Smirnov

Binary Logistic Regression: tipo versus PRIVADO; PRESTAÇÃO; ORGANIZAÇÃO

Link Function: Logit

Response Information

Variable	Value	Count
tipo	1	32 (Event)
	0	12
Total		44

Logistic Regression Table

Predictor	Coef	SE Coef	Z	P	Odds Ratio	95% CI	
						Lower	Upper
Constant	1,78744	1,16147	1,54	0,124			
PRIVADO	-2,45582	1,16029	-2,12	0,034	0,09	0,01	0,83
PRESTAÇÃO	3,00527	1,22216	2,46	0,014	20,19	1,84	221,55
ORGANIZAÇÃO	-2,08933	1,22373	-1,71	0,088	0,12	0,01	1,36

Test that all slopes are zero: G = 21,650, DF = 3, P-Value = 0,000

Goodness-of-Fit Tests

Method	Chi-Square	DF	P
Pearson	2,10168	3	0,552
Deviance	2,72876	3	0,435
Hosmer-Lemeshow	1,53432	4	0,821

Table of Observed and Expected Frequencies:

(See Hosmer-Lemeshow Test for the Pearson Chi-Square Statistic)

Value	Group						Total
	1	2	3	4	5	6	
1							
Obs	0	7	3	4	9	9	32
Exp	0,3	6,3	3,4	3,6	9,4	8,9	
0							
Obs	5	5	1	0	1	0	12
Exp	4,7	5,7	0,6	0,4	0,6	0,1	
Total	5	12	4	4	10	9	44

Quadro 9.3 – Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística simplificado da análise lexicográfica

Fonte: Elaborado pelo autor

9.2 Análise temática

A análise temática, como citado anteriormente, realiza uma análise do conteúdo de textos por meio de unidades de análises mais flexíveis, podendo ser baseada em palavras, conjuntos de palavras, frases ou mesmo parágrafos.

O procedimento para realização desta análise foi a atribuição de realizações (sim ou não para indicar respectivamente a presença ou ausência) para cada uma das categorias elencadas nas hipóteses secundárias deste trabalho. Nesta etapa, não foi realizada classificação do artigo como de AS ou de NAS, mas apenas a estipulação da presença ou da ausência de cada um dos elementos e subelementos que compõem as hipóteses. Este procedimento visou aumentar a confiabilidade dos achados.

Como o objetivo desta análise é comparativa, foi utilizada apenas a avaliação deste autor. Esta avaliação está apresentada no Quadro 9.4, que além de mostrar os resultados para cada artigo, indica também mais especificamente o tipo de organização abordada nos artigos e, quando pertinente, alguma observação complementar.

Em seguida, o valor de cada uma dessas categorias foi transformado em uma variável *dummy* binária (inclusive os tipos de organização como hospitais, OPS e sistemas de saúde), o que permitiu análises estatísticas, especificamente a avaliação de associações ou correlações nos mesmos moldes das realizadas anteriormente. O critério de análise, como antes, também foi o Teste Exato de Fisher, pelos mesmos motivos citados nos casos anteriores. Ver Tabela 9.9. As interpretações sobre estes achados foram realizadas na seção Discussão.

Código	Org.	Sist.	Públ.	Priv.	Teo.	Emp.	Proc.	Estr.	Polít.	Q.Téc.	Q.Func.	Econ.	Equid.	Tipo de organização (observação)
bar1	sim	não	não	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	sim	não	Empresas privadas
bar2	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	sim	não	sim	não	Hospital
rac1	sim	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	sim	não	não	Hospital
rac2	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	não	OPS
rac3	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	Universidade/prestadores
rac4	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	OPS
rac5	não	não	-	-	não	sim	não	não	não	sim	não	não	não	População
rac6	sim	não	-	-	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	Prestador
rac-e1	sim	não	-	-	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	Hospital
rac-e2	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	sim	sim	não	não	não	PSF (participação social)
rae1	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	sim	não	não	não	não	Indústria de tabaco
rae2	sim	sim	sim	não	sim	não	não	sim	sim	não	não	não	não	OPS (participação social)
rae3	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	sim	não	não	não	não	Sistema (financiamento)
rae4	sim	não	sim	não	não	sim	não	não	não	não	não	sim	não	Hospital
rae5	sim	não	não	sim	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	não	Hospital
rae6	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	sim	não	OPS
rae7	sim	sim	não	sim	não	sim	não	não	não	não	não	sim	não	OPS
rae8	sim	não	sim	não	não	sim	não	não	não	não	sim	não	sim	Prestador
rae9	sim	não	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	Hospital
rae10	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Hospital
rae-e1	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	sim	não	sim	não	Hospital (financiamento/regulação)
rae-e2	sim	não	não	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	Biotecnologia
rae-e3	sim	não	-	-	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Hospital
rae-e4	sim	sim	não	sim	não	sim	não	não	não	não	não	sim	não	hospital/OPS/geral
rae-e5	sim	não	-	-	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	Hospital

Quadro 9.4 – Achados da análise temática dos resumos e títulos dos artigos da amostra

Fonte: Elaborado pelo autor

(continua)

Código	Org.	Sist.	Públ.	Priv.	Teo.	Emp.	Proc.	Estr.	Polít.	Q.Téc.	Q.Func.	Econ.	Equid.	Tipo de organização (observação)
rap1	não	não	sim	não	sim	não	não	não	sim	não	não	não	não	Serviço social
rap2	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	sim	sim	não	não	sim	Sistema (recursos tecnológicos)
rap3	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Fiocruz
rap4	sim	não	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	não	não	Indefinido
rap5	sim	não	sim	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	não	Conselhos
rap6	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	Sistema
rap7	sim	não	sim	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Fiocruz
rap8	sim	não	sim	não	não	sim	sim	não	não	sim	sim	não	não	Prestador
rap9	sim	não	sim	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	sim	não	Fiocruz
rap10	não	sim	sim	não	não	sim	sim	não	não	não	não	sim	sim	Sistema
rap11	não	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	sim	não	sim	sim	População
rap12	não	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	não	sim	não	sim	não	Sistema
rap13	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	sim	sim	não	sim	sim	Saúde/educação/cultura
rap14	não	sim	sim	não	sim	não	não	não	sim	não	não	sim	sim	Sistema (regulação/controle)
rap15	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	sim	não	Secretaria de saúde
rap16	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	PSF
rap17	não	não	-	-	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	Academia (economia da saúde)
rap18	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	sim	não	não	sim	não	ANS/OPS
rap19	sim	sim	sim	não	não	sim	não	não	sim	não	não	sim	sim	Sistema (participação social)
rap20	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	Sistema
rap21	sim	sim	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	não	sim	sim	Sistema
rap22	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	Empresa pública
rap23	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Saúde/educação/segurança
rap24	não	sim	sim	não	sim	não	não	não	sim	não	não	não	sim	Sistema
rap25	não	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	Sistema (vigilância sanitária)

Quadro 9.4 – Achados da análise temática dos resumos e títulos dos artigos da amostra

Fonte: Elaborado pelo autor

(continuação)

Código	Org.	Sist.	Públ.	Priv.	Teo.	Emp.	Proc.	Estr.	Polít.	Q.Téc.	Q.Func.	Econ.	Equid.	Tipo de organização (observação)
rap26	sim	sim	sim	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	não	PSF (condições de trabalho)
rap27	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	sim	não	Hospital
rap28	não	não	-	-	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	Academia/universidade
rap29	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	não	Biotecnologia
rap30	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Hospital
rap31	não	sim	sim	não	sim	não	não	não	sim	sim	não	não	sim	PSF
rap32	sim	sim	sim	não	sim	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	Sistema
rap33	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	Hospital
rap34	não	sim	sim	não	sim	não	não	não	sim	não	não	não	sim	Sistema
rap35	sim	não	não	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	Hospital
rausp1	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	Universidade
rausp2	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Saúde/educação/serviços
rausp3	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	sim	não	Hospital
rausp4	sim	não	sim	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	Academia
rausp5	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	não	sim	sim	não	não	Televisão
rausp6	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	não	sim	não	Hospital

Quadro 9.4 – Achados da análise temática dos resumos e títulos dos artigos da amostra

Fonte: Elaborado pelo autor

Notas: Os achados são avaliados pelas seguintes variáveis:

Públ.—Público

Priv.—Privado

Teo.—Teórico

Emp.—Empírico

Org.—Organização

Sist.—Sistema

Proc.—Processo

Estr.—Estrutura

Polít.—Política

Q.Téc.—Qualidade Técnica

(continuação)

Q. Func.—Qualidade Funcional
Econ.—Econômico-Financeiro
Equid.—Equidade

Tabela 9.9 – Medidas de associação e correlação entre as variáveis utilizadas na análise temática e o tipo do artigo na amostra selecionada

Variável	Qui-Quadrado	Teste de Fisher	BSC	
	(Sig.)	(Sig.)	(r biserial)	(Sig.)
Organização	0,557	0,702	-0,089	0,568
Sistemas	0,039	0,047	0,311	0,040
Organização de Saúde	0,000	0,001	0,575	0,000
Outras Organizações	0,000	0,000	-0,642	0,000
Hospital/Prestador	0,018	0,032	0,357	0,017
OPS	0,915	1,000	0,016	0,917
Público	0,019	0,045	0,354	0,019
Privado	0,016	0,021	-0,363	0,015
Teórico	1,000	1,000	0,000	1,000
Empírico	1,000	1,000	0,000	1,000
Processo	0,337	0,487	-0,145	0,349
Estrutura	0,293	0,329	-0,158	0,304
Política	0,333	0,461	0,146	0,345
Qualidade Técnica	0,118	0,240	0,236	0,123
Qualidade Funcional	0,807	1,000	-0,037	0,812
Econômico-Financeiro	0,135	0,171	0,225	0,142
Equidade	0,070	0,163	0,266	0,081

Fonte: Elaborado pelo autor

9.2.1 Análise de agrupamentos

Para realizar uma comparação dos achados das duas análises (lexicográfica e temática), sem fazer uso de uma classificação direta dos artigos, seria possível utilizar dois métodos estatísticos: gerar um novo modelo de regressão logística com os novos dados ou realizar uma análise de conglomerados (*cluster analysis*) a partir dos resultados da análise, a fim de averiguar se esta gera *clusters* similares à classificação de artigos feitas pelos respondentes (submetida a análise lexicográfica).

Nas duas alternativas poderia ser gerada uma comparação em termos de percentual do número de acertos, com uma vantagem a mais para a análise de *clusters*, pois esta poderia mostrar o perfil dos agrupamentos. Optou-se por apresentar ambas as análises.

Inicia-se portanto, pela análise de *clusters*. Antes porém cabe avaliar as condições para sua realização. A Tabela 9.10 mostra as correlações bivariadas entre as variáveis utilizadas. Percebe-se que algumas delas têm correlação acima de 0,5 — ponto a partir do qual seria necessário eliminar uma das variáveis a fim de evitar excessiva e inadvertida ponderação delas quando da realização dos algoritmos de agrupamentos.

Os pares que têm correlação acima deste critério são:

- a) Organizações de Saúde e Outras Organizações;
- b) Privado e Público;
- c) Empírico e Teórico;
- d) Organização e Processos;
- e) Processos e Estrutura;
- f) Sistema e Políticas.

Tabela 9.10 – Correlações bivariadas entre as variáveis selecionadas para a análise de conglomerados

	Hospprest	OPS	Sist.	Orgsau	Outras	Públ.	Priv.	Teo.	Emp.	Org.	Proc.	Estr.	Polít.	Q.Tecn.	Q.Func.	Econ.
OPS	-,130	1														
Sist.	-,338*	-,171	1													
Orgsau	,338*	,171	,245*	1												
Outras	-,328*	-,203	-,292*	-,841*	1											
Públ.	-,071	-,448*	,245*	,042	,030	1										
Priv.	,269*	,302*	-,425*	-,269*	,195	-,577*	1									
Teo.	-,328*	,022	,231	-,144	,049	,030	-,155	1								
Emp.	,293*	-,048	-,277*	,095	-,011	,004	,100	-,921*	1							
Org.	,418*	,211	-,381*	,296*	-,262*	-,303*	,181	-,262*	,236	1						
Proc.	,265*	-,137	-,084	,163	-,111	-,151	,102	-,183	,173	,574*	1					
Estr.	,030	-,117	-,223	-,007	,019	,070	-,168	-,051	,059	,422*	,525*	1				
Polít.	-,434*	-,002	,611*	,062	-,068	,231	-,343*	,314*	-,374*	-,437*	-,400*	-,312*	1			
Q.Tecn.	,045	-,227	,005	-,088	,064	,161	-,099	-,011	,043	-,188	,039	-,006	,018	1		
Q.Func.	,237	,062	-,157	,024	-,066	-,241	,155	-,066	,046	,075	-,079	-,077	-,201	,136	1	
Econ.	,047	,264*	,038	,122	-,140	-,197	-,049	,151	-,135	,091	,047	,099	-,044	,002	-,010	1
Equid.	-,218	-,154	,494*	,119	-,077	,221	-,384*	,294*	-,243*	-,456*	-,405*	-,408*	,434*	,059	,000	,185

Fonte: Elaborado pelo autor

Notas: As variáveis selecionadas para a análise são:

Hospprest—Hospitais/Prestador

OPS—Operadoras de Planos de Saúde

Sist.—Sistema

Orgsau—Organizações de Saúde

(continua)

Outras—Outras organizações

Públ.—Público

Priv.—Privado

Teo.—Teórico

Emp.—Empírico

Org.—Organização

Proc.—Processo

Estr.—Estrutura

Polít.—Política

Q. Técn.—Qualidade Técnica

Q. Func.—Qualidade Funcional

Econ.—Econômico-Financeiro

Equid.—Equidade

* p-value < 0,05

A fim de selecionar variáveis classificatórias ou de relacionamento (*drivers*), foi necessário eliminar uma variável de cada par.

Nos três primeiros casos, isso foi algo extremamente simples: as variáveis são praticamente alternativas opostas de um elemento da hipótese. Suas correlações são altas e só não são mais altas porque alguns artigos tratam das duas alternativas simultaneamente. Nestes três casos, foram escolhidas as variáveis Organizações de Saúde, Público e Teórico.

Para os dois pares seguintes, tem-se três variáveis que estão muito correlacionadas: Organização (propriamente dita), Estruturas (organizacionais) e Processos (organizacionais). Usando o mesmo critério, elimina-se as duas primeiras e trabalha-se apenas com a variável Processos.

Para o último par (Sistema e Política), cuja correlação já havia sido prevista na seção Hipótese, optou-se por trabalhar com a variável Sistema.

As demais variáveis, Hospital/Prestador, OPS, Qualidade Técnica, Qualidade Funcional, Econômico-Financeiro e Equidade foram todas incluídas para a análise de *cluster*, pois não apresentam problemas relevantes de correlações.

Foi realizado agrupamento pelo método hierárquico, de ligação pelo critério Ward com distância euclidiana, o qual oferece a solução apresentada no dendograma da Ilustração 9.1. Demais métodos não mostraram soluções viáveis.

Como se pode visualizar no dendograma, usando como regra de parada para quantidade de agrupamentos a reter a análise de saltos em nível de similaridade ou dissimilaridade, é possível perceber que este método gerou uma solução com três *clusters*, que são analisados a seguir.

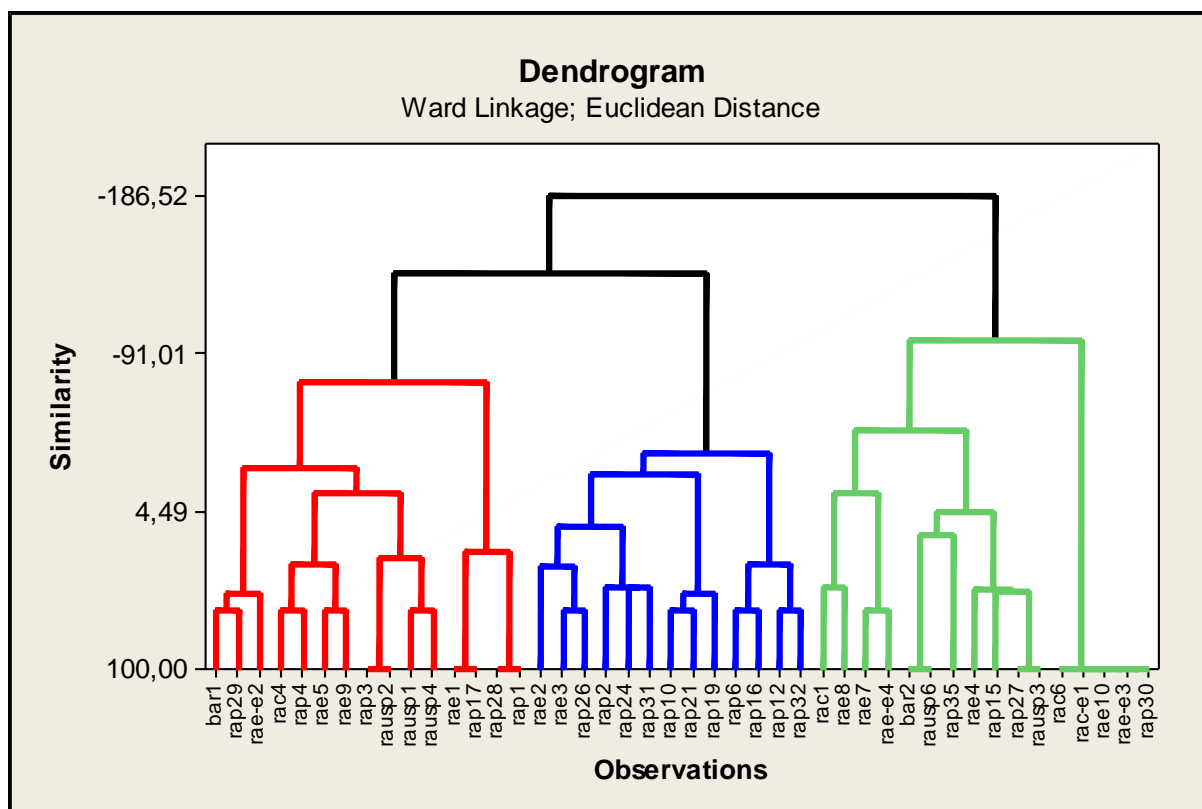


Ilustração 9.1 – Dendrograma da solução do agrupamento pelo método hierárquico, de ligação pelo critério Ward, com distância euclidiana

Fonte: Elaborado pelo autor

Para cumprir os objetivos comparativos, foi realizado um cruzamento destes três *clusters* com os dois grupos de artigos de tipo AS e de tipo NAS. A Tabela 9.11 é uma tabela de contingência que mostra este cruzamento. Sua apresentação com a soma das porcentagens nas linhas evidencia que 91,67% dos artigos NAS (o 0 da variável binária classificação final ou tipo do artigo) corresponde ao cluster no. 1. A soma dos *clusters* no. 2 e no. 3 somados correspondem a 87,51% de acertos dos artigos AS (o 1 da variável binária classificação final do artigo). No total a porcentagem de acertos, em média, entre os agrupamento e o tipo de artigo é de 89,59%. Estas porcentagens representam portanto a correspondência entre os *clusters* gerados por meio das variáveis da análise temática e o classificação feita pelos respondentes da *survey*.

Tabela 9.11 – Cruzamento entre os agrupamentos gerados e o tipo de artigo na amostra

Tipo	Agrupamentos			
	No. 1	No. 2	No. 3	Todos
0 (NAS)	11	1	0	12
	91,67	8,33	0,00	100,00
1 (AS)	4	15	13	32
	12,50	46,88	40,63	100,00
Todos	15	16	13	44
	34,09	36,36	29,55	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor

Notas: Conteúdo das células:

Contagem

Porcentagem da linha

Análises mais detalhadas sobre os *clusters* foram feitas em seção adiante. Antes porém cabe análise de regressão para igualmente basear as comparações.

9.2.2 Análise de regressão logística

O Quadro 9.5 mostra o relatório de saída para a análise de regressão logística dos achados da análise temática. Os resultados mostram que o modelo é significativo ($G = 25,841$, $p\text{-value} = 0,000$) e que adequada qualidade de ajustamento (Hosmer-Lemeshow = $0,36878$, $p\text{-value} = 0,996$).

Percebe-se que Privado tem sinal negativo no modelo. Hospital/Prestador (HOSPREST, no Quadro 9.5), Sistema, Organização de Saúde (ORGSAU) e Público têm sinal positivo. Os coeficientes mostram o peso de cada atributo dentro do modelo. Embora seja normalmente difícil a comparação do peso de diferentes variáveis em equações de regressão logística, neste caso em particular têm-se todas as variáveis como variáveis binárias, o que facilita a comparação.

Foi confeccionada uma tabela em Excel (Tabela 9.12) com as porcentagens de erros, acertos e estatística de Kolgomorov-Smirnov para as diferentes probabilidades estimadas pelo modelo de regressão. É possível constatar que, no melhor ponto de corte, este modelo pode diferenciar em torno de 91,1% deles; ou em outras palavras, esta é sua porcentagem de acertos no seu melhor *cut-off*.

Este modelo inicial do Quadro 9.5 tem quatro dos seus coeficientes não significativos (considerando um $p\text{-value} < 0,1$). Como esta primeira exposição atende a objetivos descritivos da relação entre os elementos classificatórios dos artigos, estes são úteis, no conjunto, para explicar o *status* (tipo) assumido por cada artigo.

O modelo simplificado consta do Quadro 9.6, onde se observa que as variáveis Privado e Hospital/Prestador são as de maior poder preditivo identificado nesta amostra de artigos (considerando um $p\text{-value} < 0,1$). Novamente o coeficiente e o seu sinal podem aquilatar o peso da relação e a sua direção, no conjunto.

Binary Logistic Regression: tipo versus hospprest; sistema; ...

Link Function: Logit

Response Information

variable	value	Count	
tipo	1	32	(Event)
	0	12	
	Total	44	

Logistic Regression Table

Predictor	Coef	SE Coef	Z	P	Odds Ratio	95% CI	
						Lower	Upper
Constant	2,58457	2,54085	-1,02	0,309			
HOSPPREST	2,96593	1,49211	1,99	0,047	19,41	1,04	361,56
SISTEMA	20,3214	9428,32	0,00	0,998	6,69067E+08	0,00	*
PUBLICO	2,05345	1,71267	1,20	0,231	7,79	0,27	223,68
PRIVADO	-0,416606	1,57809	-0,26	0,792	0,66	0,03	14,53
ORGSAU	1,70990	1,41966	1,20	0,228	5,53	0,34	89,33

Test that all slopes are zero: G = 25,841, DF = 5, P-value = 0,000

Goodness-of-Fit Tests

Method	Chi-Square	DF	P
Pearson	0,93765	3	0,816
Deviance	1,25244	3	0,740
Hosmer-Lemeshow	0,36878	5	0,996

Table of Observed and Expected Frequencies:
(See Hosmer-Lemeshow Test for the Pearson Chi-Square Statistic)

value	Group							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
1								
Obs	1	1	6	4	5	6	9	32
Exp	0,8	1,1	6,1	4,2	4,9	5,9	9,0	
0								
Obs	5	3	3	1	0	0	0	12
Exp	5,2	2,9	2,9	0,8	0,1	0,1	0,0	
Total	6	4	9	5	5	6	9	44

Quadro 9.5 – Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística da análise temática
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 9.12 – Porcentagens de erros, acertos e estatística de Kolgomorov-Smirnov para as diferentes probabilidades estimadas

Tipo	Probabilidade	Erro - NAS	Erro – AS	Erros Médios	Acertos Médios	KS
0	0,04737	91,7%	0,0%	45,8%	54,2%	8,3%
0	0,04737	83,3%	0,0%	41,7%	58,3%	16,7%
0	0,04737	75,0%	0,0%	37,5%	62,5%	25,0%
0	0,21564	66,7%	0,0%	33,3%	66,7%	33,3%
0	0,21564	58,3%	0,0%	29,2%	70,8%	41,7%
1	0,21564	58,3%	3,1%	30,7%	69,3%	38,5%
0	0,27934	50,0%	3,1%	26,6%	73,4%	46,9%
0	0,27934	41,7%	3,1%	22,4%	77,6%	55,2%
0	0,27934	33,3%	3,1%	18,2%	81,8%	63,5%
1	0,27934	33,3%	6,3%	19,8%	80,2%	60,4%
0	0,37026	25,0%	6,3%	15,6%	84,4%	68,8%
1	0,37026	25,0%	9,4%	17,2%	82,8%	65,6%
0	0,76473	16,7%	9,4%	13,0%	87,0%	74,0%
0	0,76473	8,3%	9,4%	8,9%	91,1%	82,3%
1	0,76473	8,3%	12,5%	10,4%	89,6%	79,2%
1	0,76473	8,3%	15,6%	12,0%	88,0%	76,0%
1	0,76473	8,3%	18,8%	13,5%	86,5%	72,9%
1	0,76473	8,3%	21,9%	15,1%	84,9%	69,8%
1	0,76473	8,3%	25,0%	16,7%	83,3%	66,7%
0	0,84220	0,0%	25,0%	12,5%	87,5%	75,0%
1	0,84220	0,0%	28,1%	14,1%	85,9%	71,9%
1	0,84220	0,0%	31,3%	15,6%	84,4%	68,8%
1	0,84220	0,0%	34,4%	17,2%	82,8%	65,6%
1	0,84220	0,0%	37,5%	18,8%	81,3%	62,5%
1	0,97653	0,0%	40,6%	20,3%	79,7%	59,4%
1	0,97653	0,0%	43,8%	21,9%	78,1%	56,3%
1	0,97653	0,0%	46,9%	23,4%	76,6%	53,1%
1	0,97653	0,0%	50,0%	25,0%	75,0%	50,0%
1	0,97653	0,0%	53,1%	26,6%	73,4%	46,9%
1	0,98440	0,0%	56,3%	28,1%	71,9%	43,8%
1	0,98440	0,0%	59,4%	29,7%	70,3%	40,6%
1	0,98440	0,0%	62,5%	31,3%	68,8%	37,5%
1	0,98440	0,0%	65,6%	32,8%	67,2%	34,4%
1	0,98440	0,0%	68,8%	34,4%	65,6%	31,3%
1	0,98440	0,0%	71,9%	35,9%	64,1%	28,1%
1	1,00000	0,0%	75,0%	37,5%	62,5%	25,0%
1	1,00000	0,0%	78,1%	39,1%	60,9%	21,9%
1	1,00000	0,0%	81,3%	40,6%	59,4%	18,8%
1	1,00000	0,0%	84,4%	42,2%	57,8%	15,6%
1	1,00000	0,0%	87,5%	43,8%	56,3%	12,5%
1	1,00000	0,0%	90,6%	45,3%	54,7%	9,4%
1	1,00000	0,0%	93,8%	46,9%	53,1%	6,3%
1	1,00000	0,0%	96,9%	48,4%	51,6%	3,1%
1	1,00000	0,0%	100,0%	50,0%	50,0%	0,0%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: KS – Kolgomorov-Smirnov

Binary Logistic Regression: tipo versus hospprest; PR

Link Function: Logit

Response Information

Variable	Value	Count	
tipo	1	32	(Event)
	0	12	
	Total	44	

Logistic Regression Table

Predictor	Coef	SE Coef	Z	P	Odds Ratio	95% CI	
						Lower	Upper
Constant	1,62190	0,631380	2,57	0,010			
HOSPPREST	3,63796	1,29770	2,80	0,005	38,01	2,99	483,67
PRIVADO	-3,02769	1,00236	-3,02	0,003	0,05	0,01	0,35

Test that all slopes are zero: G = 18,770, DF = 2, P-Value = 0,000

Goodness-of-Fit Tests

Method	Chi-Square	DF	P
Pearson	0,0332718	1	0,855
Deviance	0,0642728	1	0,800
Hosmer-Lemeshow	0,0332718	2	0,984

Table of Observed and Expected Frequencies:

(See Hosmer-Lemeshow Test for the Pearson Chi-Square Statistic)

Value	Group				Total
	1	2	3	4	
1					
Obs	2	15	9	6	32
Exp	2,0	15,0	9,0	6,0	
0					
Obs	8	3	1	0	12
Exp	8,0	3,0	1,0	0,0	
Total	10	18	10	6	44

Quadro 9.6 – Relatório de saída do Minitab para a análise de regressão logística simplificado da análise temática
Fonte: Elaborado pelo autor

9.3 Comparação das análises

Em síntese as porcentagens de acertos com as previsões das diferentes técnicas estão apresentadas na Tabela 9.13.

Tabela 9.13 – Comparação dos acertos das diferentes técnicas em relação à classificação feita pelos respondentes

	Acertos
Modelo de regressão logística baseada nos elementos conceituais da análise lexicográfica	88,50%
Análise de aglomerados a partir das variáveis da análise temática	89,59%
Modelo de regressão logística baseada nas variáveis da análise temática	91,10%

Fonte: Elaborado pelo autor

A título de comparação, no trabalho de Nag, Hambrick e Chen (2007), o modelo ajustado apresentou uma porcentagem de acertos de 82% para avaliações de artigos de Estratégia.

9.4 Análise do perfil dos agrupamentos

A análise inicial de *clusters* descrita na seção 9.2.1 teve sua utilidade para comparação com a classificação dos artigos, porém a sua execução gerou três agrupamentos, cuja descrição seria pertinente.

Inicialmente foi feito estudo daqueles agrupamentos que têm correspondência com os artigos classificados como de AS, quais sejam, os grupos no 2. e no. 3, para posteriormente deter-se sobre o aglomerado no. 1 que tem correspondência de 91, 67% com os artigos rotulados como tipo NAS.

As distribuições das frequências das 17 variáveis (e não somente as variáveis *drivers* selecionadas) dos três conglomerados estão apresentadas nos gráficos de barras a seguir (Gráficos 9.1 a 9.6).

Por fim, segue uma síntese comparativa dos achados dos três agrupamentos no Quadro 9.7, a fim de facilitar a interpretação dos agrupamentos gerados na seção Discussão.

Conforme pede a técnica de análise de aglomerados, a comparação dos grupos gerados deve levar a uma designação, nomeação ou “batismo” dos agrupamentos que os algoritmos matemáticos da metodologia reteve, o que foi feito em seguida.

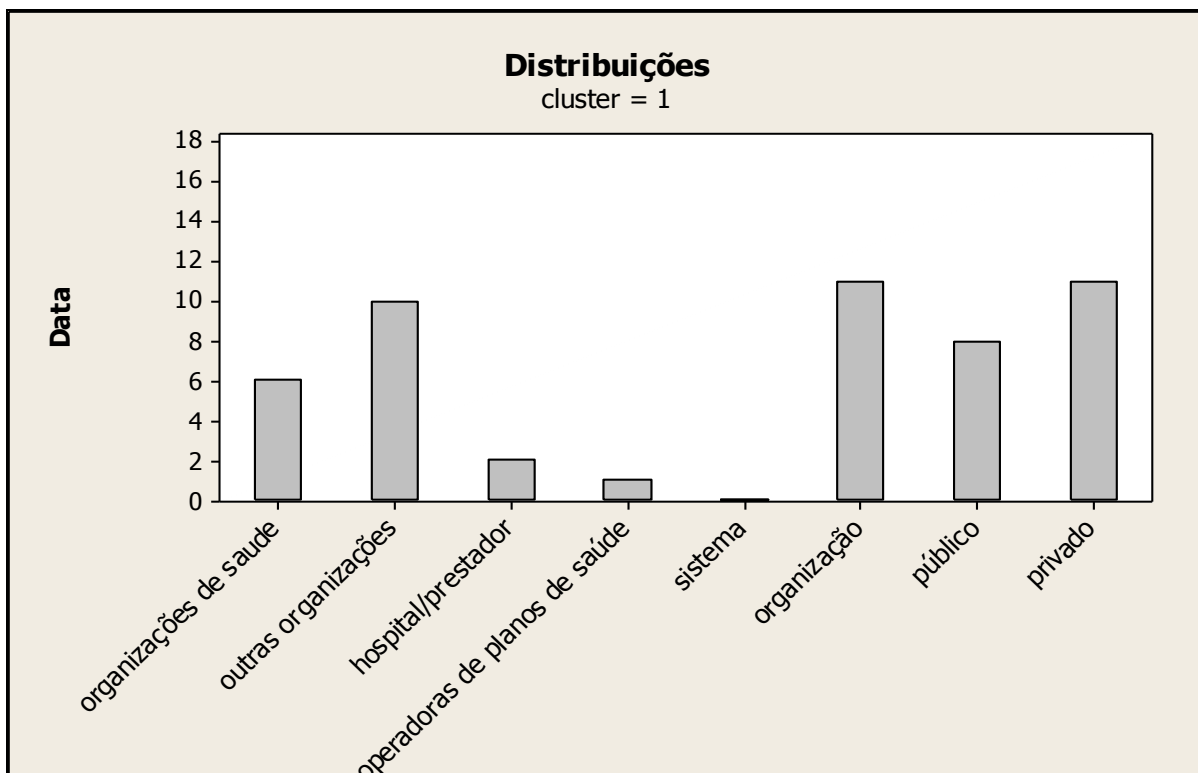


Gráfico 9.1 – Distribuições de frequências para o agrupamento no. 1

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=15

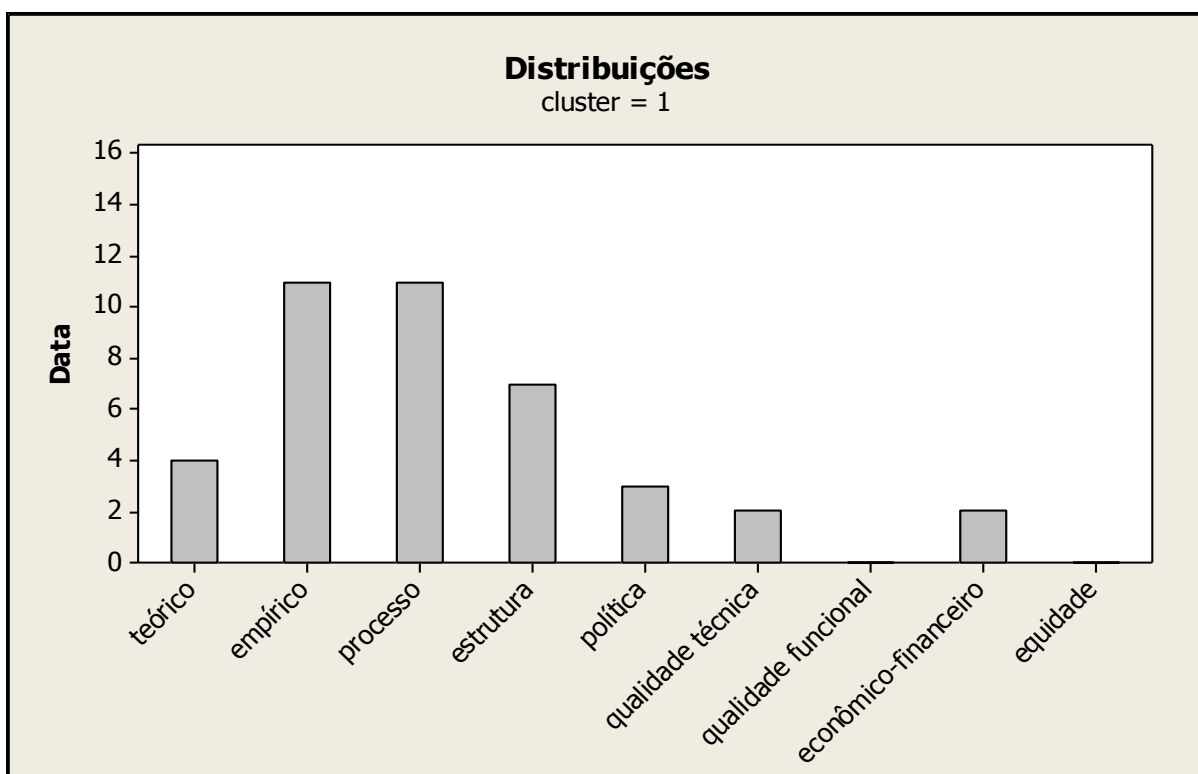


Gráfico 9.2 – Distribuições de frequências para o agrupamento no. 1

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=15

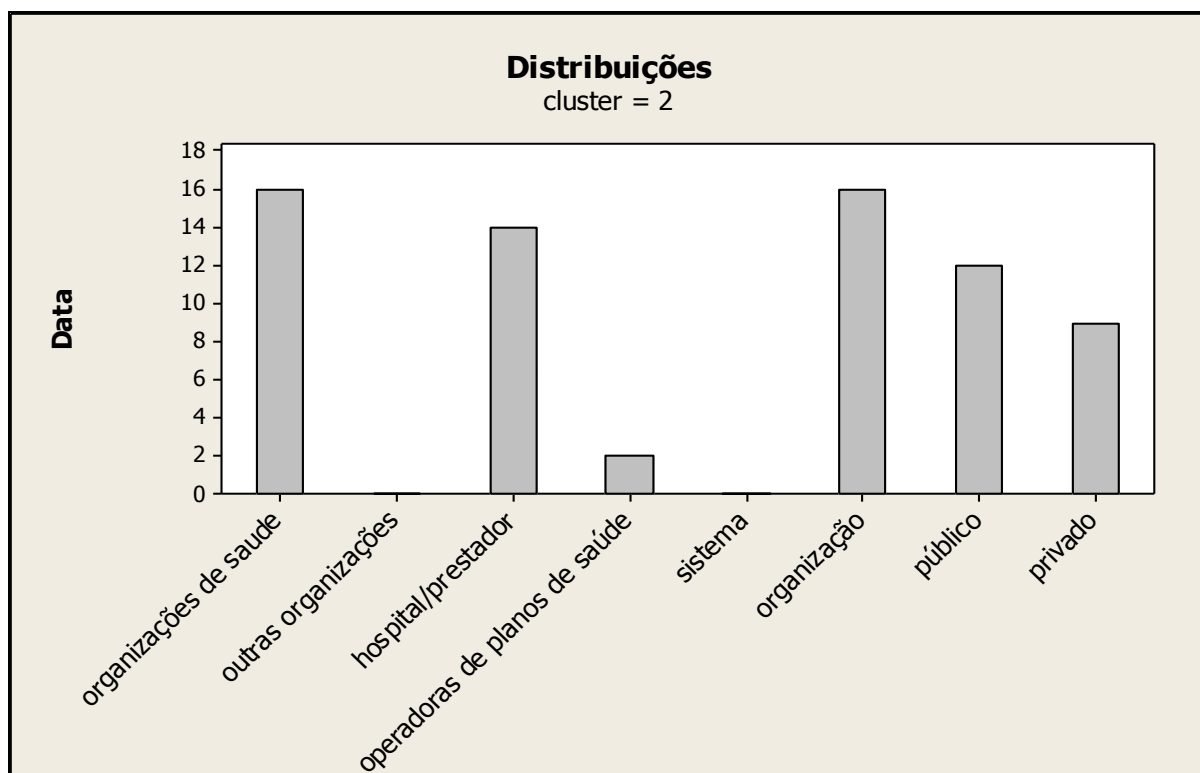


Gráfico 9.3 – Distribuições de frequências para o agrupamento no. 2

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=16

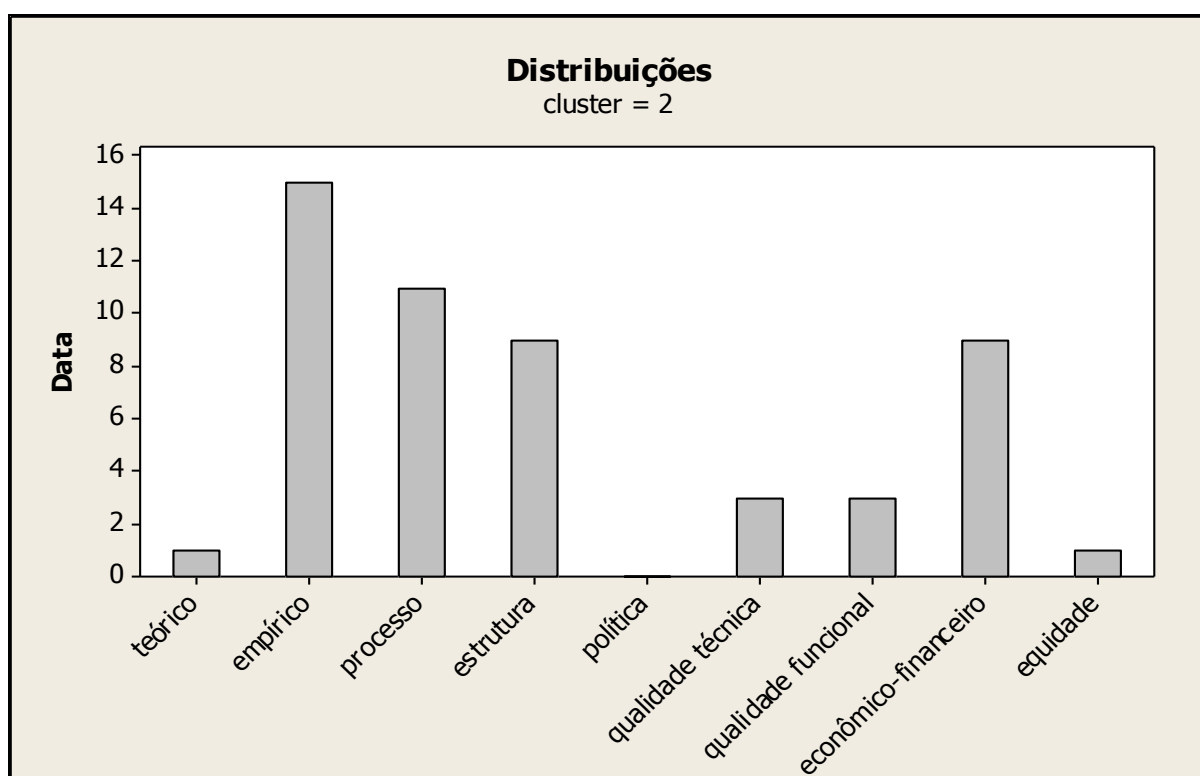


Gráfico 9.4 – Distribuições de frequências para o agrupamento no. 2

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=16

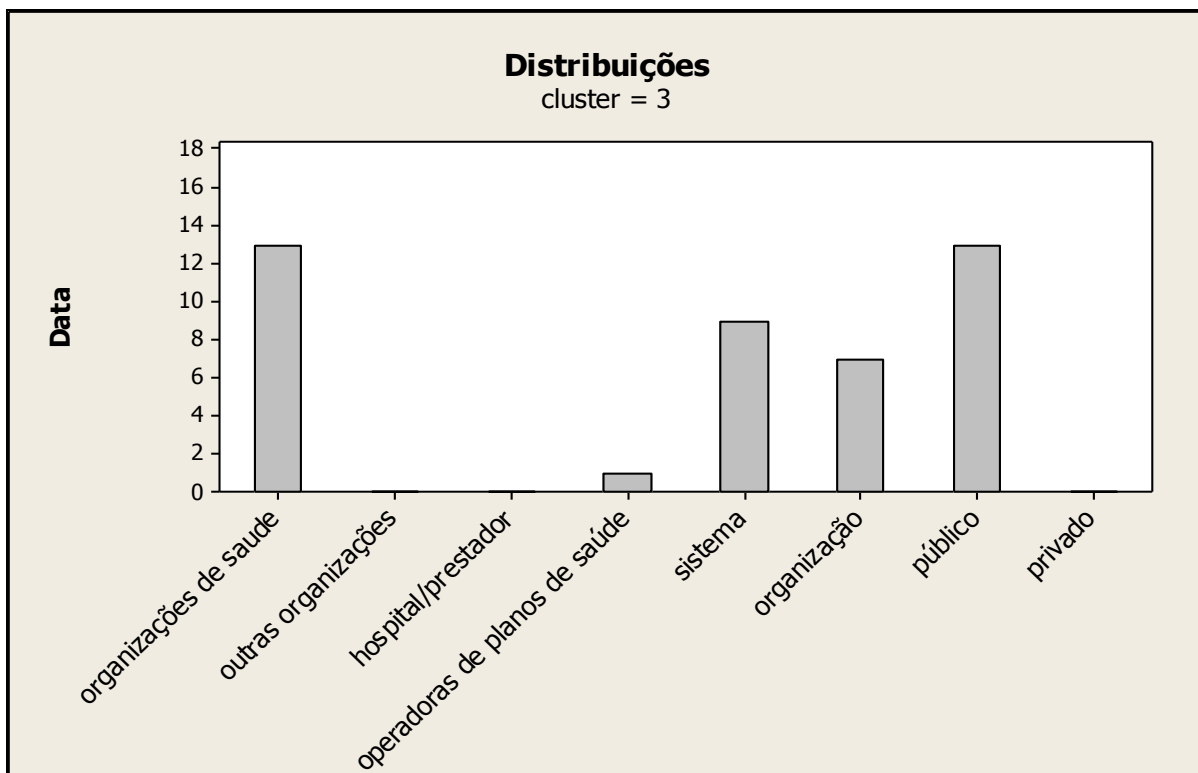


Gráfico 9.5 – Distribuições de frequências para o agrupamento no. 3

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=13

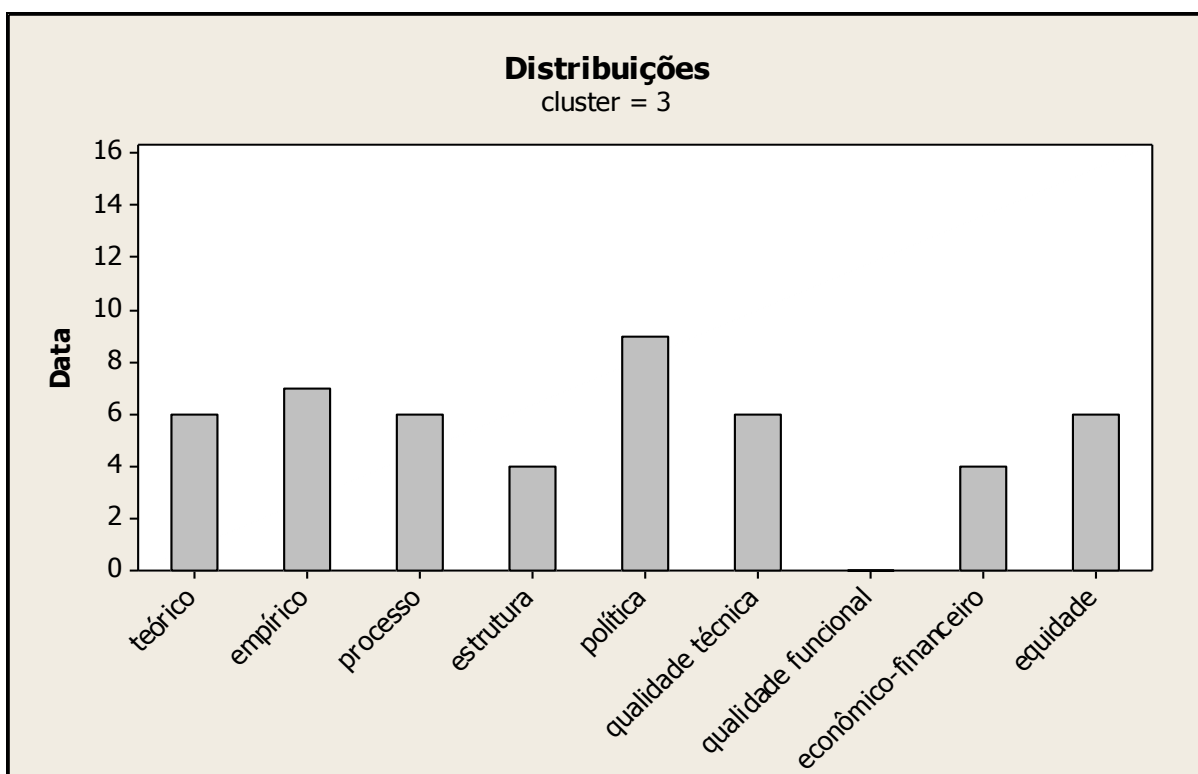


Gráfico 9.6 – Distribuições de frequências para o agrupamento no. 3

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=13

	Cluster no. 1	Cluster no. 2	Cluster no. 3
Organizações de saúde	Baixa	Alta	Alta
Outras organizações	Alta	Ausente	Ausente
Hospital/Prestador	Baixa	Alta	Ausente
Operadoras de Planos de Saúde	Baixa	Baixa	Baixa
Sistema	Baixa	Ausente	Alta
Organização	Alta	Alta	Intermediária
Público	Alta	Alta	Muito Alta
Privado	Alta	Alta	Ausente
Teórico	Baixa	Muito baixa	Intermediária
Empírico	Alta	Muito alta	Intermediária
Processo	Alta	Alta	Intermediária
Estrutura	Intermediária	Alta	Intermediária
Política	Baixa	Ausente	Alta
Qualidade Técnica	Baixa	Baixa	Intermediária
Qualidade Funcional	Ausente	Baixa	Ausente
Econômico-Financeiro	Baixa	Intermediária/Alta	Intermediária
Equidade	Ausente	Muito Baixa	Intermediária

Quadro 9.7 – Síntese comparativa da presença das variáveis nos três agrupamentos retidos

Fonte: Elaborado pelo autor

O que se pode destacar é que o *cluster* no. 2. tem distribuição alta em Hospital/Prestador (Organização de Saúde) com ênfase em avaliação Econômico-Financeira de aspectos ligados a Estruturas e Processos, indiferentemente em ambiente Público ou Privado.

Este *cluster* no. 2 pode ser razoavelmente “batizado” como “Administração Hospitalar” ou “Administração de Serviços de Saúde”, com a observação que predominam nele estudos empíricos. O termo se deve à semelhança deste grupo com o que se supõe que seja esta área.

O que se pode destacar do *cluster* no. 3, é que este aparenta um perfil de artigos sobre Sistemas (de saúde) e Políticas, com avaliação em termos de Equidade, Qualidade Técnica e medidas Econômico-Financeiras, ao mesmo tempo em que, secundariamente, também considera aspectos ligados a Estruturas e Processos (organizacionais) e é indiferente em relação a ser Teórico ou Empírico.

Este *cluster* no. 3 pode ser razoavelmente “batizado” como “Administração de Sistemas de Saúde”, com a ressalva que nele predominam estudos em ambiente público. O termo se deve à semelhança deste grupo como o que se supõe que seja esta área.

A análise do *cluster* no.1, aquele que se relaciona com os artigos tipo NAS, destaca alguns aspectos. Primeiramente é possível perceber que alguns destes artigos são sobre temas que se desenvolvem em Organizações de Saúde, apesar de obviamente ser o único *cluster* que tem artigos sobre questões desenvolvidas em Outras Organizações que não as da saúde.

Artigos deste agrupamento também têm uma frequência aproximadamente igual em termos de variáveis Público e Privado. Têm frequência alta ou intermediária no que diz respeito a estudos de Processos e Estruturas, com baixa frequência de estudos em Políticas. Praticamente não há menções a medidas de desempenho ou avaliação.

Como os três agrupamentos retidos não são exatamente os artigos tipo AS e tipo NAS, nos Gráficos 9.7 e 9.8 são mostradas as distribuições de frequência para os artigos tipo NAS. Nos Gráficos 9.9 e 9.10 são mostradas as distribuições de frequências dos artigos AS. Os artigos com classificação inconsistente (desvio padrão dos *ratings* maior que 1 DP) têm suas distribuições mostradas nos Gráficos 9.11 e 9.12.

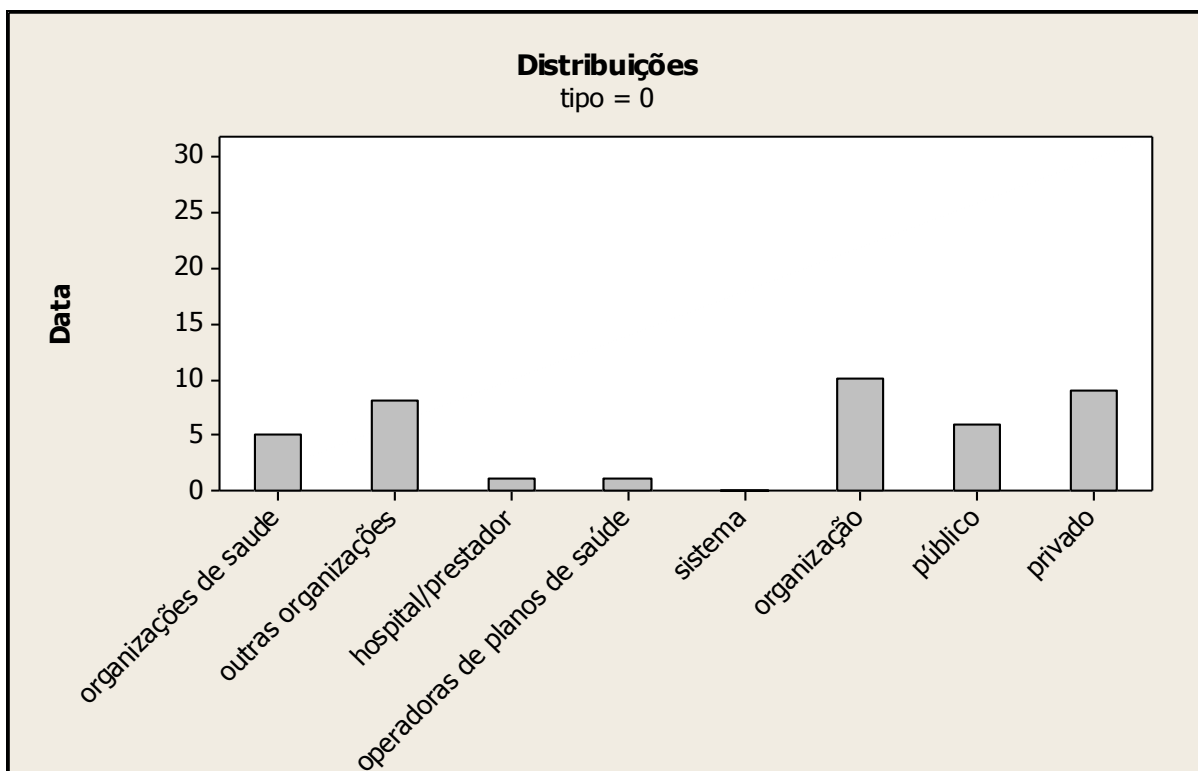


Gráfico 9.7 – Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo não administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=12

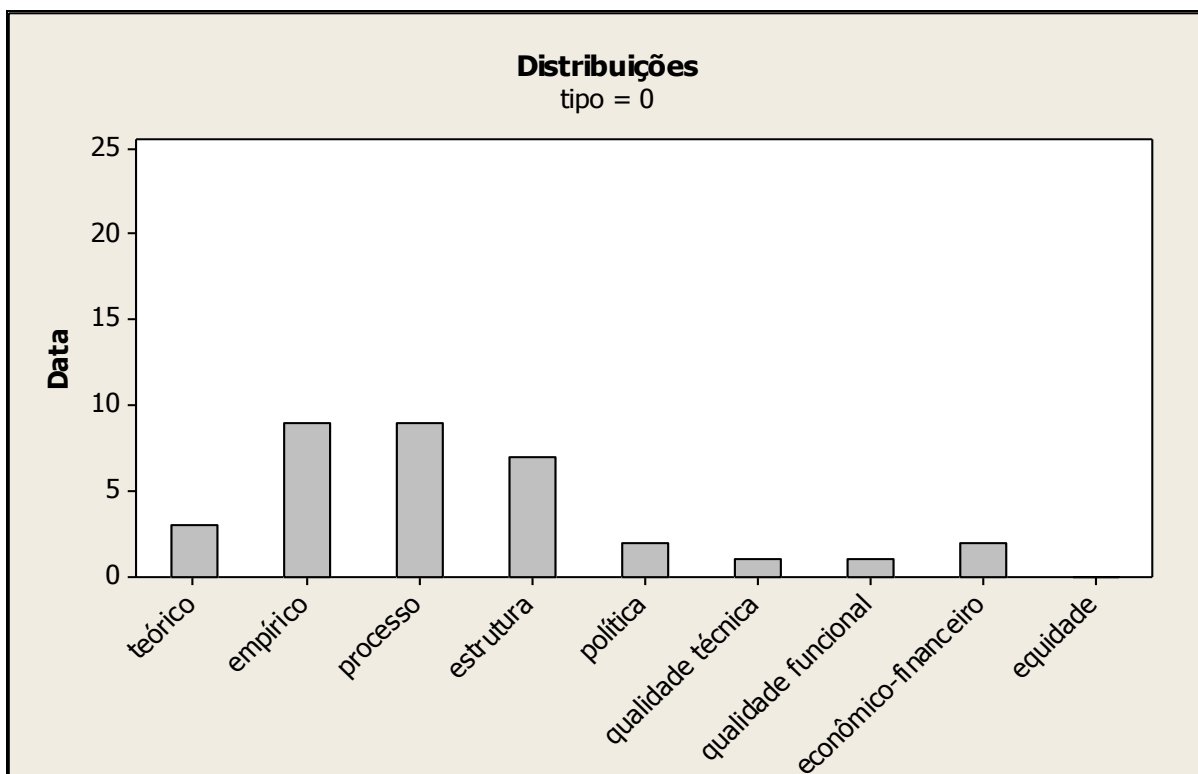


Gráfico 9.8 – Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo não administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=12

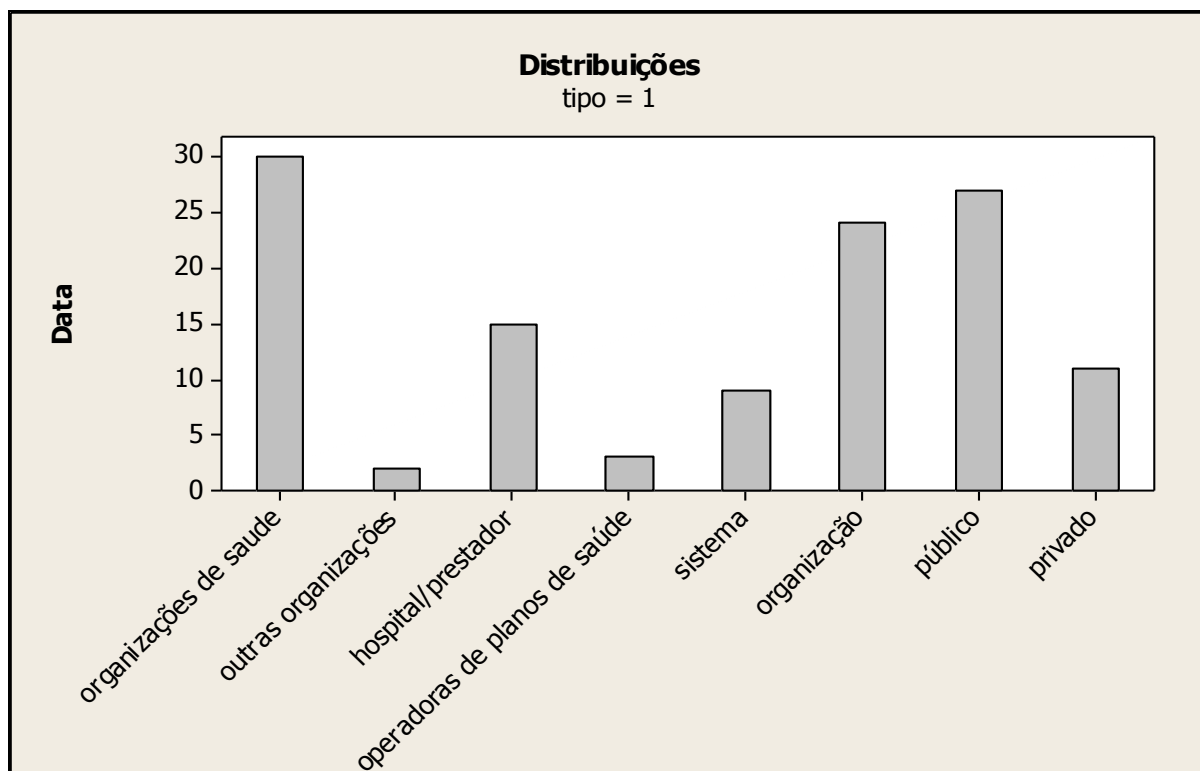


Gráfico 9.9 – Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=32

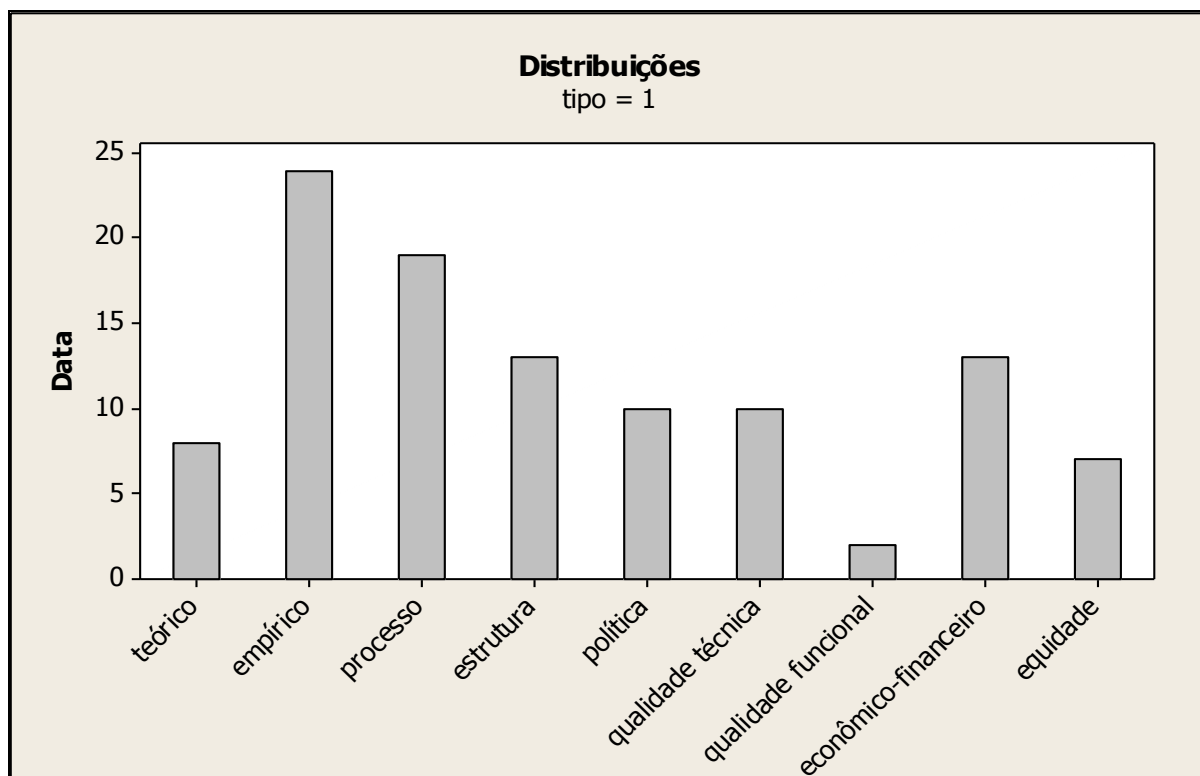


Gráfico 9.10 – Distribuições de frequências para artigos com classificação tipo administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=32

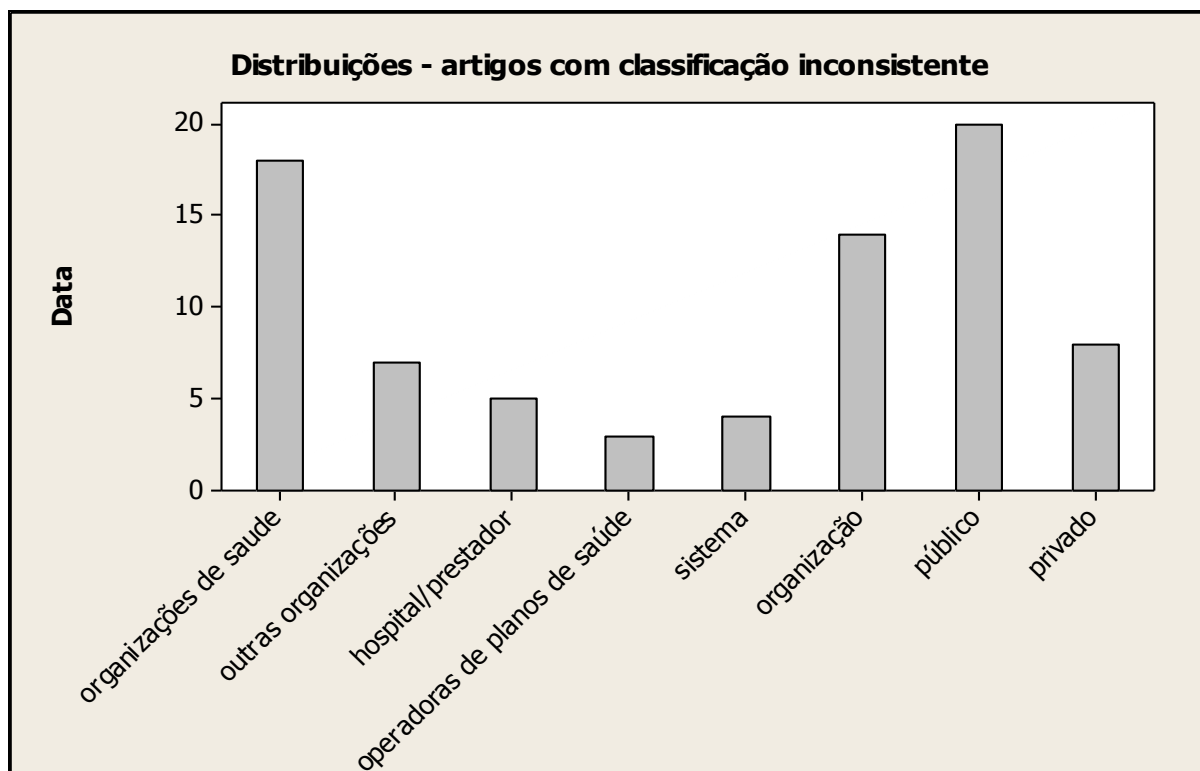


Gráfico 9.11 – Distribuições de frequências para artigos com classificação inconsistente

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=22

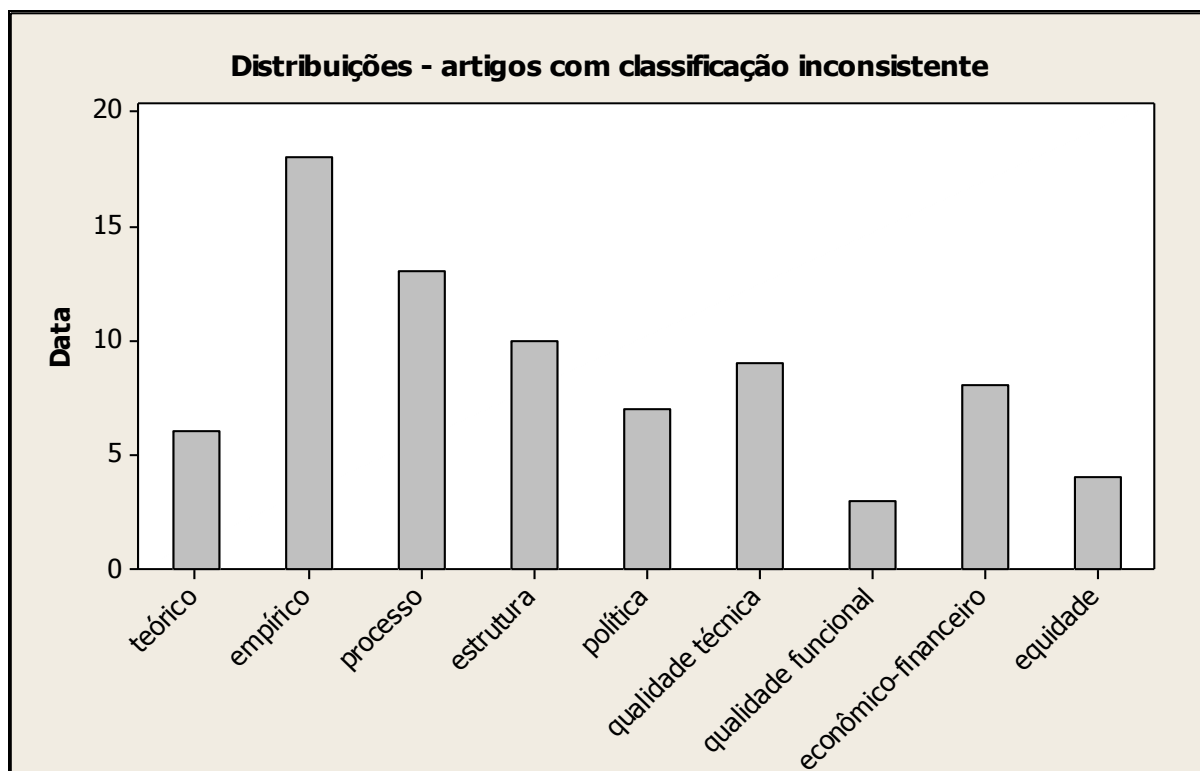


Gráfico 9.12 – Distribuições de frequências para artigos com classificação inconsistente

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Total geral=22

É de se destacar a partir destes últimos gráficos, que:

- entre os artigos NAS, há cinco ambientados em organizações de saúde;
- artigos NAS são: mais focados em Estruturas e Processos que em Sistemas e Políticas; indiferentes em relação a Público/Privado; com poucas menções a critérios de avaliação ou a medidas de desempenho;
- artigos AS são: mais focados em ambientes públicos que privados; mais empíricos que teórico; muitos artigos sobre Estruturas e Processos; com número intermediário de artigos sobre Políticas/Sistemas; número intermediário de menções a critérios de avaliação ou de medidas de desempenho; dentre as quais se destacam, (1) Econômico-Financeiro, (2) Qualidade Técnica, (3) Equidade e (4) Qualidade Funcional, nesta ordem;
- entre os artigos com classificação inconsistente, muitos incluem artigos ambientados em Organizações de Saúde, inclusive Hospitais, OPS e Sistemas; há mais artigos ambientados na área pública que privada; artigos sobre Políticas e artigos com menções a critérios de avaliação;
- estudos sobre OPS estão distribuídos nas três classificações finais possíveis para os artigos (AS, NAS, inconsistente).

9.5 Outras análises

Seguem outras análises que também endereçam outros aspectos levantados nas hipóteses.

Durante a formulação da segunda hipótese secundária foi postulado que a pesquisa em AS tem uma forma de avaliação de desempenho (objetivos ou resultados esperados) das organizações de saúde que é mais multidimensional que a administração em geral. Desta forma a presente análise pretende averiguar se os dados da pesquisa suportam esta afirmação.

Poucos artigos, sob os critérios aqui definidos, abordam diretamente aspectos ligados à avaliação de desempenho. Número menor ainda aborda estes aspectos fazendo-o por meio de múltiplas dimensões. Com esta última característica, eles são ao todo nove ou dez, a depender do tipo de análise empregada (lexicográfica ou temática, respectivamente).

Foram definidos operacionalmente como artigos com abordagem multidimensional, para critérios de desempenho ou avaliação, aqueles que citavam, em seu resumo ou título, mais de um critério dentre aqueles definidos na hipótese (qualidade, aspectos econômico-financeiros, equidade e acesso). A Tabela 9.14 mostra a distribuição dos artigos com esta característica entre aqueles com classificação final AS ou NAS.

Tabela 9.14 – Distribuição dos artigos com abordagem multidimensional para critérios de avaliação entre artigos tipo administração em saúde e não administração em saúde

	Total	AS	NAS
Lexicográfica (Elementos)	9	8	1
Temática	10	10	0

Fonte: Elaborado pelo autor

Entre os casos com artigos que mencionavam mais de um tipo das dimensões citadas, a maioria (sete) fazia referência a aspectos econômico-financeiros em conjunto com temas ligados ao conceito de Equidade, Qualidade Técnica ou Qualidade Funcional, quando analisadas as realizações da análise temática. Os demais faziam alusão a Equidade em associação com Qualidade Técnica (dois) ou Qualidade Funcional (um). Um único artigo levava em conta três dimensões: aspectos Econômico-Financeiros, de Qualidade Técnica e de Qualidade Funcional.

10 RESPOSTAS DE ESTUDIOSOS DE ÁREAS ADJACENTES – RESULTADOS E ANÁLISES

Ao todo, foram enviadas 57 solicitações eletrônicas para resposta ao questionário. Foram obtidas 27 respostas, uma taxa de resposta de 47,37%. Nove respostas foram de estudiosos de Economia (sete deles de Economia da Saúde); doze de Administração de Empresas; e seis de Administração Pública.

A presente seção é dividida em quatro aspectos que expressam as percepções destes estudiosos em relação à AS:

- suas definições explícitas para AS ;
- as características relevantes da AS;
- as diferenças relevantes da AS em relação as suas respectivas áreas de atuação; e
- uma análise feita sobre a presença ou não, nas respostas destes entrevistados, dos elementos conceituais da definição implícita.

10.1 Definições

Quando questionados sobre a definição da área acadêmica de AS, os estudiosos da área de Administração de Empresas forneceram várias respostas, das quais foram selecionadas algumas mais frequentes ou relevantes (Quadro 10.1).

Definições
<p>“Administração como uma atividade social de planejamento, organização e controle de recursos (pessoal, material, financeiro e de informação) importantes para um determinado tipo de negócio (público ou privado) em diferentes campos sociais (educação, governo, saúde, esportes, comércio, indústria, etc.).”</p>
<p>“E' a pesquisa e o ensino das melhores praticas de administração de hospitais, clinicas, centros de saude, laboratorios, planos de saude e demais empresas, instituições e entidades, publicas e privadas, atuantes na area de saude. Características: A administração em Saude e' mais complexa do que a das demais empresas, pelo fato de o produto final- a saude do cliente- ser extremamente diferenciado, e os recursos humanos utilizados- medicos, enfermeiros, farmaceuticos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas-, serem profissionais liberais tambem extremamente diferenciados e de difícil consenso. Ademais a missão da empresa de saude e' salvar vidas, o que nao e' facil de conciliar com o objetivo de obtenção de superávits”</p>
<p>“Gestão de processos hospitalares Gestão de políticas públicas em Saúde Gestão de incorporação de inovações e tecnologias em Saúde Gestão dos sistemas de Saúde público e privado Gestão de marketing, RH e finanças em setores ligados à Saúde Gestão de processos relacionados à indústria de produtos de Saúde (farmacêutico, equipamentos, etc) Gestão de processos em atores importantes do sistema de Saúde (operadoras, seguradoras, etc)”</p>
<p>“[...] pode ser definido como conjunto de estruturas dedicadas ao ensino de ciências humanas aplicadas, com enfoque em desenvolver competências de gestão que permitam achar respostas corretas para as perguntas corretas relacionadas às necessidades de saúde das populações. O campo tem características comuns ao campo da Administração pura, como a utilização de ferramentas gerenciais, mas tem particularidades das ciências da saúde, como a inevitável consideração de ideias e correntes filosóficas intrínsecas ao próprio desenvolvimento do conceito de saúde.”</p>
<p>“Um campo delimitado por questões de interesse público relativos ao gerenciamento da saúde, à adoção de políticas públicas e estratégias de regulamentação de questão que envolvem a saúde, com forte interação com as áreas de pesquisa do direito e da economia institucional e de custos de transação.”</p>
<p>“Entendo [...] como espaço para a interação de conhecimentos multi-disciplinares dos vários campos da Administração (Finanças, Marketing, Estudos Organizacionais, Operações etc.) e de campos de interface (Sociologia, Psicologia etc.), visando a compreensão de fenômenos relacionados ao objeto "sistemas de saúde", de forma a contribuir para a melhoria de seus processos e serviços”</p>

Quadro 10.1 – Seleção de definições para área acadêmica de administração em saúde explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração de Empresas

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Respostas textuais

As definições selecionadas, por sua representatividade em relação aos conceitos mais frequentes ou relevantes, a partir das respostas dos acadêmicos de Administração Pública estão reunidas no Quadro 10.2.

Por fim, as opiniões expressas pelos acadêmicos atuantes na área de Economia e Economia da Saúde estão ilustradas no Quadro 10.3.

Definições
“1 – [a administração em saúde é] interdiciplinar, por definição (admintração, economia, medicina, psicologia, nutrição, etc.) 2 - deve tentar conciliar aprendizado pratico com consrução do conhecimento.”
“[...] trata-se apenas de um objeto comum, passível da análises de diversas disciplinas.”
“[...] lida com todo o percurso que define a gestão em Saúde, todas as fases de um processo complexo que envolve vários atores pertencentes a diversos setores (público, privado, terceiro setor) bem como usuários com interesses diferenciados. Comporta também o campo qualificações e expectativas diferenciadas por parte desses atores.”
“Trata-se de um campo híbrido onde forças normativas do campo da saúde pública e do campo da Administração Hospitalar confluem.”
“[...] intersecção entre disciplinas relacionadas às políticas públicas, política de saúde, planejamento e terorias da administração.”

Quadro 10.2 – Seleção de definições para área acadêmica de administração em saúde explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração Pública

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Respostas textuais

Definições
<p>“Arrisco definir [...] Administração ou Gestão em Saúde como sendo o do estudo dos processos de produção e das condições de oferta dos serviços de saúde, tanto no que se refere à saúde pública quanto à da saúde privada”</p>
<p>“Em Administração e Gestão em Saúde utiliza-se os conceitos de economia e gestão de negócios aplicados à análise dos cenários de mercado e à gestão de empresas da área como hospitais, pronto-socorros, laboratórios, saúde ocupacional, empresas fornecedoras, etc.”</p>
<p>“[S]e relaciona às políticas e práticas que integram e definem os sistemas e serviços de saúde [...] Em minha opinião, o campo acadêmico da Gestão em Saúde deve reunir definições e características tanto da área da Administração quanto da Saúde. [...] A área acadêmica deveria, assim, fundamentar conceitos, valores e teorias que permitissem o balizamento para diagnosticar situações, definir e estabelecer estratégias de ação adequadas na área de saúde, a partir das teorias gerais de administração.”</p>
<p>“[...] Gestão em saúde deve estudar as questões da administração de recursos dentro das unidades provedoras de serviços de saúde, para que a empresa atinja seus objetivos econômicos, financeiros e sua missão social. Entre os temas a serem abordados, imagino que as relações entre os diferentes tipos de recursos humanos que atuam na empresa, com destaque para a relação do corpo médico e demais funcionários, bem como em relação ao gerente tomador de decisões; as estratégias para atrair pacientes e médicos; e o controle do uso dos recursos visando garantir a eficiência sem comprometimento da qualidade, entre outros.”</p>
<p>“A Administração ou Gestão em Saúde deve desenvolver competências para a atuação nos três níveis de gestão do SUS (nacional, estadual e municipal) voltadas para a formulação, implementação, organização, monitoramento e avaliação de políticas, programas, projetos e serviços de saúde. Estou, nesta formulação, caracterizando a área de Gestão em Saúde como aquela mais voltada para a formação de profissionais que irão atuar no setor público. Envolve conteúdo de ciências exatas (processos e métodos de abordagens estatísticas), humanas e sociais (saúde, educação, economia, administração, entre outros).”</p>
<p>“O entendimento sobre Gestão em Saúde compreende as funções de planejamento, orçamentação, execução orçamentária, acompanhamento e fiscalização, controle público e avaliação das políticas em saúde.”</p>

Quadro 10.3 – Seleção de definições para área acadêmica de administração em saúde explicitadas por profissionais da área acadêmica de Economia e Economia da Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Respostas textuais

10.2 Características

Além das definições evidenciadas acima, os respondentes elencaram algumas características que seriam da área de AS, em suas percepções. Seguem algumas delas.

Pelo ponto de vista de muitos acadêmicos da **Economia e da Economia da Saúde**, a AS tem particularidades muito nítidas: o fato de lidar com um bem ou serviço meritório (*merit good*) (“uma categoria muito específica tal como vista pelos economistas”, segundo um deles); o fato de ter muitas externalidades (negativas ou positivas), principalmente no setor público; por haver muita assimetria de informação (tanto entre médicos e pacientes, quanto entre médicos e hospitais/planos de saúde), e portanto, seus contratos serem sujeitos a *moral hazard* (risco moral) e a seleção adversa.

Para eles, a AS lida com um objeto, a saúde, que paradoxalmente faz com que a estimativa das relações entre custo e benefício tornem-se ainda mais importante. Segundo os entrevistados dessa área, em seu conjunto, as características específicas da AS sugerem que o livre mercado é incapaz de alocar de forma eficiente os recursos em saúde. A correção das distorções resultantes é uma missão da regulamentação do setor e da atuação dos administradores em saúde.

Há uma visão que o planejamento em saúde pouco aborda ou incorpora das novas metodologias reputadas como definidoras do sucesso de grandes empresas da iniciativa privada. As técnicas administrativas instrumentais, clássicas e modernas, não chegam a ser identificadas e modificadas para adequação ao setor, segundo alguns deles. Ainda para muitos estudiosos da Economia e da Economia da Saúde, a AS é uma área mais prática que teórica.

Para muitos acadêmicos de **Administração de Empresas**, quando se fala em AS, a definição e as características da administração em geral não mudam. O que ocorre, segundo eles, são especificidades que fazem com que técnicas e ferramentas sejam ajustadas, como ocorreria em qualquer outro setor da economia.

Para muitos deles, AS parece mais um objeto de estudo do que um campo de conhecimento. Não vêem a existência de teorias específicas para a área, mas sim adaptações e ajustes de teorias das diversas áreas de administração aplicadas especificamente às questões de saúde.

Um dos respondentes traça um paralelo com a gestão de serviços, a qual é estudada pelas diferentes perspectivas teóricas de marketing e operações. Lembra ainda outro paralelo com, por exemplo, a gestão de agronegócios. Em suma, acredita este respondente, a AS pode ter especificidades importantes e é sem dúvida um tema de estudo relevante para merecer a atenção de vários campos da administração — algo que, por outro lado, não é exclusivo dela, uma vez que também ocorre com outros temas.

Outras características percebidas da AS que se repetem nas respostas obtidas entre os pesquisadores de Administração de Empresas: uma área com caráter multidisciplinar; com orientação mais prática; percebido como mais próximo da administração pública do que da administração de empresas privadas; e por fim uma especialidade onde os temas com mais crescimento nos últimos anos foram a incorporação de tecnologias, a questão de custos e a busca de maior eficiência.

Por outro lado, para alguns pesquisadores de **Administração Pública**, a AS se insere dentro da administração de empresas, a qual, ainda busca também a sua identidade (embora, acreditam, ela seja mais clara fora do Brasil). Para estes mesmos respondentes, o foco da AS é a empresa e, para sua análise, são utilizados conceitos e instrumentos da economia, ciência política, sociologia, entre outros. Outros pesquisadores de administração pública não percebem diferença entre sua área e a AS (cujas únicas diferenças seriam as especificidades do setor de saúde). Esta é uma forma de ver a AS “lembrando que Educação teria outra especificidade, idem Transportes, idem Meio Ambiente, Turismo, etc”. Para um dos respondentes desta área, a AS é “um campo híbrido onde forças normativas do campo da saúde pública e do campo da Administração Hospitalar confluem”.

10.3 Diferenças

Sobre as diferenças entre a área acadêmica de AS e a área acadêmica de Administração de Empresas, a partir da perspectiva de seus estudiosos, destacam-se alguns comentários no Quadro 10.4.

Diferenças
<p>“[...] a única diferença que vejo é o fato de esta ser uma área dominada por médicos [...] Esta dinâmica da prática gerencial na saúde acaba impactando na produção do conhecimento da área. Como há mais profissionais de saúde gerenciando a saúde, há também mais profissionais de saúde estudando a saúde. [...] A vantagem disso é que estes profissionais, quando também possuem formação na área de Administração, conseguem estabelecer um diálogo importante entre a sua área de origem e a área de gestão, enriquecendo o debate. A desvantagem é que a reduzida presença de pesquisadores formados em administração gera pouco estranhamento, isto é, o famoso “olhar de fora”, menos suscetível aos vícios e vieses que estas áreas possuem. Isso vale também para a prática da gestão em organizações de saúde, que muitas vezes se furtam de práticas eficientes de gestão em prol do empirismo dos profissionais da área de saúde que, muitas vezes, nunca tiveram formação na área de Administração.”</p>
<p>“Nao ha' diferença essencial [...], mas alguns topicos sao especiais de administração hospitalar [...] .Os alunos de empresas detestam que se fale de hospitais em sala de aula. Na area hospitalar, existem cursos especificos de Gestao em Farmacia, Gestao em Nutricao, e outros desse tipo, que nao cabem em Administração de Empresas. A reciproca e' evidentemente verdadeira.”</p>
<p>“Há muita intersecção”</p>
<p>“Na área de saúde, percebo que há maior pluralidade de vozes e abordagens teóricas, e de métodos, com enfoque maior ao objeto e mais espaço para o livre-pensar do que às trilhas impostas pela bibliografia da área.”</p>
<p>“Não há”</p>
<p>“Acredito que a diferença com a gestão da saude seja somente em termos de objeto: hospitais e outros operadores de saude, politicas publicas. Mas as teorias deveriam ser as mesmas”</p>

Quadro 10.4 – Seleção de diferenças, explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração de Empresas, entre a sua área e a área acadêmica de administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Respostas textuais

Os quadros seguintes selecionam comentários sobre diferenças entre AS e área de Administração Pública (Quadro 10.5) e a área de Economia e Economia da Saúde (Quadro 10.6) a partir do ponto de vista de amostra de seus respectivos acadêmicos.

Diferenças
“Trabalho com políticas e administração pública, portanto, a intersecção é muito grande com o campo da administração em saúde”
“Não teria tanta diferença assim, a não ser a especificidade do setor de Saúde (lembrando que Educação teria outra especificidade, idem Transportes, idem Meio Ambiente, Turismo, etc)”
“Com certeza, a distinção se dá nas diferentes trajetórias que formam o campo da Administração Pública - no meu caso - e o campo da Administração ou Gestão em Saúde. Na Administração Pública, destacam-se conhecimentos e profissionais que vêm da Ciência Política, do Planejamento Urbano, da Economia e da Administração Geral!”

Quadro 10.5 – Seleção de diferenças, explicitadas por profissionais da área acadêmica de Administração Pública, entre a sua área e a área acadêmica de administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Respostas textuais

Diferenças
<p>“O enfoque do acadêmico em gestão de saúde seria mais específico do que o meu. Mas minha opinião também é a de que as fronteiras entre os campos acadêmicos da economia e da administração são sempre um pouco artificiais”</p>
<p>“[A economia da saúde] supre a gestão em saúde de informações de mercado para a tomada de decisões estratégicas no âmbito da Administração ou Gestão em Saúde. [A economia da saúde faz] análise do cenário do setor saúde ou a viabilidade econômica das empresas do setor.”</p>
<p>“A Economia da Saúde estuda a alocação de recursos da sociedade para o atendimento das demandas de serviços de saúde. Busca compreender as falhas de mercado e falhas de governo que geram ineficiências tanto em termos microeconômicos (em nível dos mercados específicos) como em termos macroeconômicos (a participação dos gastos no PIB); e os obstáculos para uma distribuição mais equitativa do acesso aos serviços de saúde, entre outros. A Economia da Saúde analisa os problemas do setor saúde na perspectiva da sociedade e não da empresa (como o campo da Gestão da Saúde).”</p>
<p>“Entendo que não há uma "administração ou gestão em saúde", mas sim a aplicação dos conceitos e práticas da administração à saúde. Inexiste igualmente uma "administração da indústria automobilística" ou "administração da indústria farmacêutica" ou "administração da indústria de calçados". [...] Existem, é claro, especificidades da indústria da saúde, assim como existem em todas as demais indústrias, mas a ciência da administração é somente uma.”</p>
<p>“Economia da Saúde [...] pode fazer, sob meu ponto de vista, uma abordagem mais abrangente do processo saúde/doença. Em situações concretas da operação de serviços, a Gestão em Saúde está mais direcionada ao cumprimento dos objetivos da instituição, mais ligada aos processos da organização, ou seja, à própria gestão em si, a Economia da Saúde está, por sua, mais focada na produção de conhecimento para orientar as tarefas de gestores. Esta talvez seja a maior diferença [...]”</p>
<p>“[Existem] superposição de interesses. Destaco, exemplificando, para o caso brasileiro: 1. Papel do estado na saúde. A nova tendência: menos provisão direta e mais financiamento e regulação estatais; 2. Formas de parceria público/privado. As novas modalidades organizacionais (OS, OSCIPS, fundações estatais); 3. Financiamento dos serviços de saúde; 4. Incorporação de tecnologias (estudos de custo/benefício e custo/efetividade); 5. Formas de remuneração de provedores. [...] Em algumas questões que requerem qualificação mais específica - em econometria, por exemplo - é natural que o economista seja mais acionado”</p>

Quadro 10.6 – Seleção de diferenças, explicitadas por profissionais da área acadêmica de Economia e Economia da Saúde, entre a sua área e a área acadêmica de administração em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Respostas textuais

10.4 Elementos

Encerrando esta subseção e a própria seção de Análises, foi realizada uma análise de conteúdo das respostas dos pesquisadores de outras áreas de pesquisa quanto à presença ou não, nas suas respostas escritas, dos elementos conceituais expostos na definição implícita entre estudiosos de organizações de saúde. A Tabela 10.1 sintetiza estes achados.

Tabela 10.1 – Presença dos elementos da definição implícita nas respostas dos respondentes de áreas adjacentes

Variável	Administração de Empresas		Administração Pública		Economia e Economia da Saúde		Todas	
	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)
Organizações de Saúde	7	58,3%	2	33,3%	7	87,5%	16	61,5%
Público	4	33,3%	3	50,0%	3	37,5%	10	38,5%
Privado	3	25,0%	2	33,3%	4	50,0%	9	34,6%
Teórico	1	8,3%	3	50,0%	2	25,0%	6	23,1%
Empírico	1	8,3%	3	50,0%	2	25,0%	6	23,1%
Organização	6	50,0%	2	33,3%	7	87,5%	15	57,7%
Sistemas	4	33,3%	1	16,7%	5	62,5%	10	38,5%
Processos	9	75,0%	4	66,7%	7	87,5%	20	76,9%
Estrutura	5	41,7%	0	0,0%	3	37,5%	8	30,8%
Política	3	25,0%	2	33,3%	5	62,5%	10	38,5%
Qualidade Técnica	7	58,3%	0	0,0%	4	50,0%	11	42,3%
Qualidade Funcional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Econômico-Financeiro	4	33,3%	0	0,0%	4	50,0%	8	30,8%
Equidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Porcentagens do total de cada área

Dado o pequeno número de respostas, elas não foram submetidas a análises estatísticas. Nestas respostas, porém, destacam-se os seguintes aspectos:

- há grande número de menções às Organizações de Saúde (61,5% do total de respondentes), embora estudiosos de Administração Pública cite mais frequentemente “Saúde”;
- Público e Privado têm aproximadamente a mesma aparição (aproximadamente 38% contra 34%), embora estudiosos de Economia associem ligeiramente mais AS ao setor Privado e estudiosos de Administração Pública cite ligeiramente mais termos ligados ao setor Público, quando se referem à AS;
- aspectos teóricos e empíricos têm aproximadamente o mesmo número de aparições (23%);
- há muito mais menções ao estudo de Estruturas e Processos organizacionais (77%, estes últimos) que a Políticas e Sistemas (38%), sendo que estes últimos são muito mais frequentemente mencionados nas respostas dos economistas (62%);
- no geral, há poucas referências a critérios de avaliação ou medidas de desempenho, principalmente entre os estudiosos de administração pública;
- entre os que se referiram a estes últimos aspectos, nenhum deles citou termos que poderiam ser associados à Qualidade Funcional ou à Equidade (há muitas referências a aspectos sociais, apesar de não diretamente a equidade e acesso); predominaram referências a Qualidade Técnica (42%) e a aspectos Econômico-Financeiros (31%).

11 DISCUSSÃO

A partir deste ponto, cabe avaliação da refutação das hipóteses formuladas, ou ainda, da impossibilidade de realizá-la. Deve-se mostrar eventuais discrepâncias entre os resultados obtidos e os previstos nas hipóteses ou especificar a maneira pela qual foi feita a validação das hipóteses no que concerne aos dados. Oportunamente também cabe levantar o valor da generalização dos resultados para o universo, no que se refere aos objetivos determinados e às maneiras pelas quais se pode maximizar as generalizações, ou em último caso, alternativas de explicação (LAKATOS; MARCONI, 2001).

11.1 Hipótese primária

Na sexta seção deste texto, foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese primária: existe uma concepção implícita e compartilhada entre estudiosos de organizações de saúde sobre as características das pesquisas acadêmicas em administração em saúde.

Como se observa, a partir do reportado nas seções anteriores, esta hipótese encontra suporte nos resultados obtidos e análises realizadas.

Em termos prudentes, parece existir, pelo menos, um razoável consenso em torno de uma concepção compartilhada entre os respondentes. O Quadro 8.7 sintetiza os achados, por diferentes métodos, para a avaliação da concordância das classificações dos artigos (ou do consenso das respostas). A ICC – que foi utilizada nos artigos originais do método, mas que tem sua aplicação questionada para este trabalho – aponta um consenso “regular”. O critério da proporção de concordância

bruta maior ou igual a 50% para uma única categoria de classificação mostra um resultado (73,08%) que pode ser visto como substancial (por analogia aos termos usados na ICC) e, ao mesmo tempo, significativo sob o ponto de vista estatístico. Também foi significativa a proporção de concordância (84,61%) considerando-se categorias de classificação adjacentes à maior concordância por artigo.

No conjunto, portanto, parece existir uma ideia ou uma concepção latente que justifique a conformidade das respostas dos estudiosos de organizações de saúde. Uma outra interpretação possível, respaldada pela literatura, é que o questionário montado conseguiu capturar uma proporção (equivalente à porcentagem obtida) do consenso subjacente (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2009).

Se, na revisão bibliográfica, foi evidenciado que não existe uma concepção explícita coletiva sobre AS, aqui foi possível se perceber que, na amostra dos respondentes, há um entendimento implícito e compartilhado. Especificamente neste trabalho o entendimento compartilhado diz respeito ao que se compreende como pesquisa em AS. Este entendimento, por sua vez, é um componente de paradigmas e também um dos elementos de campos científicos na acepção de Kuhn, como descrito anteriormente. Este entendimento representa provavelmente uma das maiores generalizações (um dos componentes dos paradigmas) desta área de estudo: o que é ela mesma em si.

Como se comentou, os respondentes foram selecionados por compartilharem um objeto de estudo (organizações de saúde). Relembrando o que está descrito no referencial teórico de Kuhn, objetos de estudo podem fazer parte de diferentes especialidades (na definição do mesmo autor), motivo pelo qual este foi critério eleito para seleção de respondentes. É provável, infere-se, que os estudos de organização de saúde também podem ser objeto de pesquisa no âmbito de outros campos de ciência (sempre conforme Kuhn). A primeira especulação mais óbvia, a partir dos resultados, é a administração. De qualquer forma pode se sugerir também que existe um subgrupo de pesquisadores que estariam empenhados, de forma implícita, em solucionar um “enigma” ou um desafio compartilhado específico dentro de algo que se chama pesquisa em AS.

Outro aspecto que pode ser ressaltado, a partir do resgate do referencial teórico, é que se pesquisa, ensino e práticas são áreas que se influenciam mutuamente, é provável que este subgrupo que compartilha uma mesma visão sobre pesquisa em AS, também o faça igualmente em termos de ensino e prática.

O levantamento junto aos pesquisadores destas organizações buscou investigar o compartilhamento deste entendimento, cuja descrição tentou-se realizar a partir dos comentários sobre as hipóteses secundárias que seguem. Como a hipótese primária encontrou suporte nos resultados descritos, foi possível evoluir para as demais etapas desta tese.

11.2 Primeira hipótese secundária

As hipóteses secundárias dizem respeito ao escopo (primeira hipótese secundária) e à diferenciação (segunda hipótese secundária) das pesquisas em AS.

Quanto ao escopo, a hipótese formulada foi que:

as pesquisas acadêmicas em administração em saúde lidam com...

a) organizações de saúde:

- **organizações propriamente ditas;**
- **sistemas;**

b) ambiente público ou privado;

c) aspectos teóricos ou empíricos;

d) estudo de:

- **processos e estruturas organizacionais;**
- **política e financiamento;**
- **instalações;**

e) desempenho medido em termos:

- **de qualidade técnica;**
- **de qualidade funcional;**
- **econômico-financeiros;**
- **de equidade e acesso.**

Conforme se observa, a maioria dos elementos e dos subelementos desta hipótese são encontrados em frequência relevante nos resumos/títulos classificados como de AS. Para alguns elementos não houve evidência significativa de suas presenças no escopo da área e um elemento poderia ser acrescentado na concepção sobre ela, a partir dos achados.

Pela técnica lexicográfica, inicialmente se analisou o aparecimento de palavras (lexemas) que foram agregados em elementos conceituais, os quais foram a base principal da comparação da hipótese com os achados. Como descrito anteriormente, dos textos selecionados também emergiram vários elementos conceituais.

A definição do que é um ponto de corte de frequência relevante é arbitrária. Observando a Tabela 9.5, e utilizando um *cut-off* de 10 de frequência de presença para elementos neste conjunto, foi possível fazer um cotejamento dos resultados com a hipótese formulada.

O Quadro 11.1 mostra os conceitos, na análise lexicográfica, com frequência maior que este ponto-de-corte e que encontram correspondência com a primeira hipótese secundária⁹.

Como se vê, a maioria dos elementos e subelementos presentes na primeira hipótese secundária estão também entre os elementos conceituais mais frequentes

⁹ Uma forma ilustrativa muito comum atualmente de apresentar este tipo de resultado é por meio de *tag clouds*. Nos Apêndice D e E são apresentadas *tag clouds* dos elementos e dos lexemas mais frequentes em artigos tipo AS, feitas com o auxílio do programa Many Eyes® da IBM.

nos artigos classificados como de AS, na análise lexicográfica. Estes são os elementos que caracterizariam a essência do escopo de pesquisas em AS.

Elementos conceituais			
Administração	Saúde	Sistema	Prestação
Público	Econômico/Eficiência	Organização	Social
Privado	Modelo	Política	Equidade
Qualidade			

Quadro 11.1 – Elementos mais frequentes nos artigos tipo administração de saúde que estão em conformidade com a hipótese formulada

Fonte: Elaborado pelo autor

Alguns dos elementos mais frequentes entre os artigos tipo AS, na análise lexicográfica, não são exatamente o que está formulado na hipótese, mas foram mantidos por alguns motivos. O primeiro termo, Administração¹⁰, diz respeito aos processos e estruturas “administrativas” ou organizacionais, mas também aos termos genéricos gestão e administração e a termos associados como diretor e executivo. Como exemplos desses processos têm-se: inovação, estratégia, plano, implantar, formular, marketing e decisão. Como exemplos dessas estruturas têm-se: estrutura, equipe e controle. Enquanto o lexema processo teve 14 aparições entre os artigos classificados como tipo AS, o lexema estrutura surgiu apenas 6 vezes, um outro motivo pelo qual se optou por manter o elemento Administração, como uma categoria para os achados.

Foi mantido individualizado o conceito Prestação, pois foi útil em análises descritas, pois é característico de alguns tipos de organização de saúde propriamente dita. O

¹⁰ Um resultado – não planejado, diga-se – deste estudo, pode também ser definir a designação (denominação ou nome) da área. O lexema “gestão” foi muito mais frequente que o lexema “administração”. Logo, a designação “latente” mais apropriada para a área poderia ser “Gestão em Saúde”.

elemento Social é um termo muito relacionado aos conceitos de Público, Equidade e Política. O Elemento Modelo relaciona-se com estudos teóricos ou teórico-empíricos, por isso também foi mantido.

Em relação ao conceito Qualidade, o conceito de Efetividade (com cinco aparições no total), como utilizado na área de saúde, está muito próximo ao de Qualidade Técnica e poderia ser somado a este. Isto não foi feito porque o elemento Qualidade pode incluir tanto Qualidade Técnica quanto a Funcional. Além disso, o termo efetividade como usado em administração pode ser relacionada a estas duas ideias. Os dados da pesquisa lexicográfica não permitiram portanto um estudo detalhado desta diferenciação.

Por outro lado, alguns elementos conceituais surgiram com frequência relevante (acima do ponto de corte de dez), porém não encontram correspondência direta com a hipótese. São elementos que “emergiram” a partir da pesquisa lexicográfica. Muitos deles surgiram também como consequência do princípio estabelecido de permitir que outros elementos pudessem ser explorados ao lado dos elementos de maior interesse para a verificação da hipótese formulada.

Os elementos referidos são os seguintes, por ordem de frequência de aparecimento:

- Capacidade/Recursos;
- Aprendizagem;
- Tecnologia;
- Educação;
- Profissional; e
- Família.

Analisando os textos dos resumos/títulos dos artigos, Capacidade/Recursos e Aprendizagem poderiam ter sido também alocados no elemento conceitual Administração, mas como estão muito associados a algumas correntes teóricas específicas que explicam a utilização de recursos, foram mantidos separadamente.

Embora eventualmente possa dizer respeito a recursos não exclusivamente organizacionais, a sua utilização está relacionada a processos organizacionais para extrair vantagem de recursos. Na verdade aqui, acabaram também mostrando sua utilidade para evidenciar que é crescente a influência destas mesmas perspectivas na área sob análise. A aplicação ou utilização de Tecnologia em organizações é outro tema de crescente interesse, e que poderia ter sido também alocado em administração, com ressalvas similares.

Acredita-se que o elemento conceitual Família deveu seu aparecimento, na maior frequência, às abordagens sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), que por sua vez foi alocado em público. Ou seja, por uma característica da técnica, provavelmente houve o surgimento deste conceito que poderia ser alocado juntamente com iniciativas em um contexto público.

Os outros dois termos agregam novas informações. Educação pode ser entendida como a disseminação do conhecimento oriundo de uma área específica, neste caso a própria pesquisa em AS. Ou seja, Educação pode dizer respeito à divulgação dos conhecimentos adquiridos nesta área de estudo.

O termo Profissional embora possa ser visto como mais um conceito ligado aos demais conceitos vinculados à administração, é visto também sob uma nova perspectiva de avaliação, que diz respeito, por exemplo, a avaliação da satisfação e rotatividade dos profissionais de saúde (além das outras perspectivas previstas na hipótese inicial).

Ainda na análise lexicográfica, pode se observar que não constaram em frequência significativa, entre artigos tipo AS, referências às OPS e ao elemento Instalação e ao subelemento Financiamento.

Por outro lado, a análise temática, especificamente os resultados de sua análise de conglomerados, fornece substrato para suporte a esta hipótese secundária. A maioria dos elementos e subelementos previstos na hipótese estão presentes, em frequência razoável, nos perfis dos dois *clusters* gerados e nomeáveis como de AS. Em especial, estes perfis corroboram a inclusão dos estudos de Organizações e de

Sistemas de Saúde, Políticas, Teórico e Empírico, Público e Privado no escopo de AS. Os artigos classificados como tipo AS também versam sobre os quatro critérios de avaliação definidos originalmente, embora com uma proporção pequena para aqueles sobre Qualidade Funcional (dois resumos/títulos). Poucos também são os artigos sobre OPS entre os classificados como tipo AS (três resumos/títulos). Foi possível observar também, na análise temática, três artigos que mencionam participação social.

É digno de nota também o fato do algoritmo de análise ter razoavelmente subclassificado os artigos em dois grupos que se assemelham ao que se conhece como “Administração Hospitalar” ou “Administração de Serviços de Saúde”, de um lado, e “Administração de Sistemas de Saúde”, por outro.

Considerando as limitações do trabalho e os critérios de corte selecionados, a maioria dos elementos e subelementos da hipótese estão presentes como os elementos conceituais mais frequentes nos resumos/títulos dos artigos em ambas as análises de conteúdo executadas. No geral, os achados não foram significativos para os seguintes elementos: Financiamento (que pode estar incluindo em Políticas) e Instalações. Também não foi possível uma melhor análise sobre Qualidade em seus aspectos técnicos e funcionais. Valendo lembrar também que, pelo pequeno número de aparições, o lexema acesso foi reunido operacionalmente dentro do elemento Equidade, para efeito de categorização dos achados. E uma análise específica sobre tipos de organizações de saúde mostrou uma baixa frequência de artigos sobre OPS entre os artigos tipo AS.

Em síntese, pelos critérios aqui estabelecidos, as diferenças mais marcantes entre o que se esperava e o que foi encontrado nos achados em relação ao escopo da área, é a ausência de menções evidentes ao conceito Instalações, as poucas menções ao elemento Qualidade Funcional e às OPS entre os artigos com classificação final de AS. Por outro lado, e também a grosso modo, o elemento a mais que surgiu a partir dos dados, e que não estava contemplado na hipótese inicial, foi o elemento Profissional, como dimensão de avaliação principalmente.

11.3 Segunda hipótese secundária

A segunda hipótese secundária diz respeito aos limites, demarcações, diferenças ou características distintivas em relação à administração em geral, a qual foi escolhida como foco de comparação.

Por esta hipótese:

pesquisas acadêmicas em administração em saúde **diferem** das pesquisas acadêmicas de administração em geral em função do...

- a) tipo de organização (positivamente relacionadas às da saúde);**
 - organizações propriamente ditas (independente);
 - sistemas (positivamente relacionadas).
- b) ambiente:**
 - público (positivamente relacionadas);
 - privado (negativamente relacionadas);
- c) aspectos teóricos ou empíricos (independente);**
- d) estudo de:**
 - política e financiamento (positivamente relacionadas);
 - processos e estruturas organizacionais (independente);
 - instalações (independente);
- e) desempenho medido de modo multidimensional (positivamente relacionadas):**
 - de qualidade técnica (positivamente relacionadas);
 - de qualidade funcional (negativamente relacionadas);
 - econômico-financeiros (independente)
 - de equidade e acesso (positivamente relacionadas).

Conforme se observa, as relações postuladas para a maioria dos elementos e dos subelementos desta hipótese encontraram correspondência com os achados relativos à classificação dos artigos. Para alguns elementos e subelementos não foi possível evidenciar a correspondência entre os achados e o previsto para a diferenciação de AS. Algumas relações relativas a alguns subelementos, e que não foram claramente supostas, poderiam também ser acrescentadas à diferenciação de AS em relação à administração em geral.

A operacionalização do estudo da diferenciação da pesquisa em AS em relação a de administração foi feita nesta pesquisa por meio de hipóteses estatísticas ligadas à correlação (BSC) ou associação (Teste Exato de Fisher) da presença de determinados elementos conceituais, nas duas diferentes análises de conteúdo, em relação à classificação definitiva dos artigos como de AS ou NAS.

A definição do que é significação ou ponto de referência relevante da correlação ou associação foi novamente arbitrária. Neste trabalho foi utilizado, para os achados baseados em ambas as análises de conteúdo, um alfa crítico de 0,10, a mesma escolha adotada no estudo utilizado com referencial.

O Quadro 11.2 mostra uma comparação dos resultados relativos aos conceitos extraídos da análise lexicográfica, evidenciando se encontram ou não correspondência com a segunda hipótese secundária. Especificamente, compara o esperado com o observado em termos de significância e do sinal da associação/correlação. As técnicas, no geral, utilizadas permitiram portanto comparações como avaliar as categorias que têm maior importância, a direção da relação e o seu peso relativo — respectivamente, pela presença de uma correlação ou associação significativa, pelo sinal do parâmetro da equação ou do r biseral e, por último, pelo valor do coeficiente no modelo de regressão.

Ainda no Quadro 11.2, como os elementos conceituais da análise lexicográfica partem dos dados, foi necessário realizar um cruzamento dos elementos conceituais da análise lexicográfica com os elementos da hipótese secundária. Como se observa, de forma geral, há correspondência entre os achados e a hipótese formulada, com algumas observações que seguem.

Categorias da segunda hipótese secundária	Hipóteses estatísticas (relação e sinal esperados)	Achados das categorias lexicográficas (relação e sinal observados)
Organização de Saúde	Positiva	Positiva com Prestação e com Saúde
Outras Organizações	Negativa	Negativa com Organização
Organização	Independente	Negativa com Organização
Sistemas	Positiva	Não significativo
Público/Privado	Positiva com Público. Negativa com Privado	Não significativo com Público. Negativa com Privado (negativa com os lexemas consumidor e empresa).
Teórico/Empírico	Independente	Não significativo
Processos/Estruturas	Independente	Não significativo
Políticas	Positiva	Não significativo
Qualidade Técnica	Positiva	Não significativo
Qualidade Funcional	Negativa	Não significativo
Econômico-Financeiro	Independente	Não significativo (positiva na BSC) (positiva com o lexema custos)
Equidade	Positiva	Positiva

Quadro 11.2 – Comparação das hipóteses estatísticas com os achados da análise lexicográfica

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Relações com sinais reportados são significativas

O conceito Organização da análise lexicográfica, por exemplo, é muito mais presente nos artigos classificados como NAS (sinal negativo no parâmetro da equação e do r biserial, significativo no Teste de Fisher e na BSC). Normalmente as organizações de saúde têm um termo bem específico que as designa em artigos. Normalmente se usa os termos “hospital” ou “prestador”, o que se optou por manter. Por este mesmo motivo, o conceito Prestação é relacionado positivamente às pesquisas em AS (sinal positivo no parâmetro da equação e do r biserial, significativo no Teste de Fisher e na BSC). Alguns lexemas individualmente corroboram esta impressão, pois o lexema organização tem relação negativa e significativa, e o lexema hospital tem relação positiva e significativa com artigos tipo AS.

Além do elemento Prestação, o elemento Saúde (da análise lexicográfica) pode, em menor escala, ser associado às organizações de saúde, quando fazendo referência a esta mesma expressão ou na expressão “planos de saúde”. O conceito Saúde, como já era obviamente esperado, tem sinal de correlação positiva. Prestação, que inclui hospitais, serviços e assistência também. Assim, estes dois resultados sugerem a conformidade entre a hipótese (relação positiva de artigos de pesquisa em AS com organizações de saúde) e os achados.

Foi feita hipótese de uma relação positiva entre o tipo de artigo AS e o conceito Público e uma relação negativa com o conceito Privado. Os achados mostraram-se não significativos para a primeira relação e mostraram uma relação negativa e significativa para a segunda (tanto no Teste de Fisher como na BSC). A presença dos lexemas consumidor e empresa (lexemas relacionados ao conceito de Privado, na análise lexicográfica) tiveram, individualmente, relação negativa e significativa (Teste de Fisher e BSC) com classificação do artigo como AS, e foram os maiores influenciadores do achado para o elemento Privado.

Em termos de medidas ou critérios de avaliação ou de desempenho, esperava-se indiferença (em termos de correlação ou associação) em relação a aspectos Econômico-Financeiros, pois o mesmo seria inerente tanto a AS como a administração em geral. Os resultados (Teste de Fisher) não foram significativos para esta relação.

Embora aspectos Econômico-Financeiros, no geral, não tenham sido comprovados como um elemento diferenciador (o que pode apoiar a hipótese formulada), o que se pode perceber é que artigos ligados a custos (um lexema) estão relacionados com AS de forma significativa (Teste de Fisher)¹¹. Este fato pode sugerir uma preocupação muito maior das pesquisas em AS com este tema, na comparação com a administração em geral.

¹¹ Em linha com este achado, destaca-se que entre os quatro artigos que tiveram classificação unânime como “definitivamente é” AS (*rating* 4 para todos os respondentes), dois deles estavam diretamente relacionados à gestão ou análise de custos (ver Quadro 8.9).

Esperava-se associação negativa com aspectos ligados à Qualidade Funcional, fato que não foi possível evidenciar pelos resultados obtidos. Esperava-se relação positiva com Qualidade Técnica, fato que também não foi possível demonstrar. Isto ocorreu, no geral, pois as evidências sobre critérios de avaliação podem ter sido prejudicadas pelo pequeno número de menções a eles nos resumos/títulos selecionados.

Em relação ao elemento conceitual Equidade, da análise lexicográfica, os achados estão em linha com o formulado, pois evidenciou-se uma relação positiva e significativa com pesquisas em AS (Teste de Fisher e BSC).

Por fim, sobre a análise lexicográfica, têm-se alguns achados que foram não-significativos, mas podem corresponder às previsões de independência entre a classificação final e a presença dos elementos conceituais. São eles: Processos, Estruturas, Teórico e Empírico. Ou seja, não foram constatadas diferenças entre artigos AS e NAS no que diz respeito a estas variáveis. Os achados para os elementos Política e Sistemas (previstos relacionamentos positivos com pesquisas em AS) não foram significativos.

Em relação a análise temática, seus achados (Quadro 11.3) vão ao encontro dos resultados da análise lexicográfica. Na análise baseada em temas, mostraram-se relacionadas com AS e com sinal positivo, nos testes de Fisher e BSC, as variáveis Organização de Saúde, Hospital/Prestador, Sistemas e Público (Equidade mostrou-se relacionada positiva e significativamente somente na BSC), o que está de acordo com o previsto. Mostraram-se relacionadas com AS e com sinal negativo, as variáveis Outras Organizações e Privado, o que também está em conformidade com a hipótese. Para todas as demais variáveis não foi possível identificar correlação significativa; várias destas, no entanto, tinham previsão de não haver relação (independência). Esses achados também podem apoiar a hipótese formulada. As inconsistências, na verdade, entre a hipótese e os achados dizem respeito portanto às categorias OPS, Política e sobre alguns critérios de avaliação de desempenho (Qualidade Técnica e Funcional), para os quais os resultados não foram significativos.

Categorias da segunda hipótese secundária	Hipóteses estatísticas (relação e sinal esperados)	Achados das categorias temáticas (relação e sinal observados)
Organização de Saúde	Positiva	Positiva
Outras Organizações	Negativa	Negativa
Organização	Independente	Não significativo
Sistemas	Positiva	Positiva
Hospital/Prestador	Positiva	Positiva
OPS	Positiva	Não significativo
Público	Positiva	Positiva
Privado	Negativa	Negativa
Teórico	Independente	Não significativo
Empírico	Independente	Não significativo
Processo	Independente	Não significativo
Estrutura	Independente	Não significativo
Política	Positiva	Não significativo
Qualidade Técnica	Positiva	Não significativo
Qualidade Funcional	Negativa	Não significativo
Econômico-Financeiro	Independente	Não significativo
Equidade	Positiva	Não significativo (positiva na BSC)

Quadro 11.3 – Comparação das hipóteses estatísticas com os achados da análise temática

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: Relações com sinais reportados são significativas

Vale notar que embora a presença de organizações de saúde em artigos tendem a associá-lo com pesquisas em AS, observa-se, em alguns casos, artigos sobre estas organizações que foram rotulados entre os artigos NAS (ver Gráfico 9.7). Eles tratam sobre: um hospital (rac1), uma OPS (rac4), a FIOCRUZ (rap3), uma empresa de saúde não identificada (rap4) e uma secretaria municipal de saúde (rausp2). Porém nestes casos, não há outros elementos caracterizadores destes artigos como de AS, fato que reforça a ideia presente na hipótese, qual seja: não basta estar ambientada em organizações de saúde para uma pesquisa ser definida como de AS. Esta proposição é de grande relevância no presente trabalho.

Basta lembrar também, nesta mesma linha, que tem-se também muitos artigos ambientados em organizações de saúde entre os artigos que obtiveram inconsistente classificação. Ao todo são 18 artigos com esta característica (ver Gráfico 9.11). Estes dezoito artigos juntamente com os cinco citados acima corroboram o esperado que ter organizações de saúde como objeto não é o bastante para um artigo ser considerado como, essencialmente, uma pesquisa em AS.

De modo mais evidente, um tipo de organização de saúde não mostrou claramente relação com AS. As OPS não revelaram significativa associação ou correlação com este tipo de pesquisa. O fato também pode ser ilustrado pelos achados da análise de *clusters*, onde há a presença, aproximadamente semelhante, de artigos sobre OPS nos três agrupamentos gerados pela análise (e inclusive nos artigos com classificação inconsistente). Ambos os achados sugerem que os estudos de OPS, pelo menos na amostra, não sejam tão característicos de artigos essencialmente de AS. Por outro lado, os estudos de Sistemas em artigos de AS (*cluster* no. 3) se limitam praticamente a sistemas públicos (Gráfico 9.5), o que pode estar relacionado à independência estatística das OPS em relação aos tipos de pesquisa.

Outra observação é sobre as variáveis Teórico e Empírico da análise temática, que mostraram uma independência em relação a classificação final dos artigos. Nestes casos específicos obteve-se um p-value igual à unidade para todos os testes de significância realizados. Estes achados podem ser interpretados como em alinhamento com o esperado.

Como observação, também cabe a nota que para a variável Equidade da análise temática, embora não significativa sob o Teste Exato de Fisher, ela apresentou-se significativa e com sinal positivo na BSC. Novamente os achados sobre os critérios de avaliação provavelmente foram prejudicados pelas poucas menções a eles, tendo somente Equidade apresentado uma relação significativa, ainda que com esta restrição (a opção, já comentada, foi levar em conta o Teste de Fisher).

O que se formulou como hipótese também é que AS tem uma forma de avaliação de seu desempenho que é multidimensional, o que encontraria amparo não somente na

presença dos elementos anteriores, mais também em evidências que artigos com avaliação em múltiplos critérios de resultado estariam positivamente relacionados à classificação final em AS. A Tabela 9.14 dá suporte a este elemento da hipótese, pois os artigos com este tipo de abordagem — apesar de poucos — praticamente se limitam aos artigos com classificação final de AS.

Em síntese, não foram encontrados resultados que estão claramente em contradição com a hipótese formulada. Na verdade, para alguns casos em que se esperavam relações, os achados foram não significativos. Por outro lado, os achados em relação especificamente ao lexema custos não haviam sido claramente previstos.

Cabe lembrar, que a Tabela 9.13, uma matriz de consistência, mostrou as porcentagens de acertos com as previsões das diferentes técnicas e serve como medida da validade dos achados. Estes giram, grosseiramente, em torno de 90% para as porcentagem de acertos com as três diferentes técnicas.

Finalmente, com objetivo ilustrativo, seguem no Quadro 11.4, as duas equações de regressão logística geradas a partir das duas técnicas de análise de conteúdo. Essas equações são uma tentativa de transformar em uma expressão matemática os critérios que descrevem a relação entre as variáveis e a classificação dada aos artigos como de AS ou de administração em geral (NAS).

A partir da análise lexicográfica:

$$\text{TIPO} = 0,3 + 0,5\text{SAUDE} - 1,8\text{PRIVADO} + 3,4\text{PRESTAÇÃO} - 2,0\text{ORGANIZAÇÃO} + 20,4\text{EQUIDADE}$$

A partir da análise temática:

$$\text{TIPO} = 2,6 + 3,0\text{HOSPITAL/PRESTADOR} + 20,0\text{SISTEMA} + 2,0\text{PUBLICO} - 0,4\text{PRIVADO} + 1,7\text{ORGANIZAÇÃODESAUDE}$$

Quadro 11.4 — Equações de regressão geradas a partir das técnicas de análise de conteúdo

Nota: valores arredondados

11.4 Definição

Neste ponto, fez-se uma tentativa de articular uma definição sobre a área de AS baseando-se nos elementos das hipóteses que encontraram suporte nos achados e associados àqueles novos elementos que surgiram das análises.

Muitos destes elementos podem ocorrer em outras áreas e em suas respectivas definições. O que torna uma área específica como distinguível é uma reunião única de elementos ou características. A essência da concepção é uma configuração ímpar de características, em intensão e extensão, e que distingue um conceito dos conceitos que lhes são associados (LARA, 2004). A definição que se segue portanto é a tentativa de esquematizar esta fórmula-resumo que possibilita a identificação ou reconhecimento de estudos de AS (ver Quadro 11.5).

Se por um lado, a definição tácita da área parece ser compartilhada ou coletiva; por outro lado, a forma e o estilo específicos da definição abaixo não têm essa pretensão. Porém esta tem como mais importante objetivo corresponder às ideias do que se entende como a definição subjacente. É um esforço para integrar, na forma de uma sentença, os elementos conceituais identificados.

Definição Tentativa
<p>Pesquisas acadêmicas em administração em saúde são... estudos teóricos ou empíricos sobre políticas, processos ou estruturas organizacionais em organizações ou sistemas de saúde com impacto em termos econômico-financeiros, de qualidade, de equidade ou de aspectos profissionais, em ambiente público ou privado.</p>

Quadro 11.5 – Definição tentativa de pesquisas acadêmicas em administração em saúde

Nota: Elementos em destaque

Como se percebe, à concepção inicial foi adicionada a dimensão Profissional como critério de desempenho, objetivo ou resultado. Também tentativamente, foi retirada a referência a Instalações. Financiamento permanece implícito em Políticas. A menção a Qualidade e a Equidade permanecem englobando as dimensões que foram anteriormente detalhadas.

De qualquer forma, vale lembrar ainda que este projeto não foi uma busca de quem pode ou não pesquisar em AS, quem tem ou não a hegemonia ou “licença” para fazer investigações na área, mas uma tentativa de esquematizar qual é o problema central da pesquisa em AS, de uma forma ampla. Representa uma tentativa de entender a configuração ou estrutura abstrata (não necessariamente presente, como um todo, em todos os artigos da amostra) deste tipo de pesquisa. Representa também uma tentativa de ressaltar o “semblante, sinal de identificação e não um diferencial absoluto”, para usar uma expressão de Campos (2000). Ou ainda, resgatando os conceitos de Campos, Chakour e Santos (1997), tenta identificar o núcleo de competência da área, em oposição ao campo de competência, que tem contornos menos precisos.

11.5 Respostas de estudiosos de áreas adjacentes

Se o referencial de Kuhn foi central para a parte principal e anterior deste estudo, para analisar os achados que se seguem, os demais referenciais têm também sua utilidade como perspectivas diferentes para interpretação dos dados. Como nesta parte há respostas a perguntas abertas foi necessário se socorrer destas outras perspectivas para ensaiar alguns comentários.

Muitos dos respondentes desta parte do trabalho são autoridades científicas nas suas respectivas áreas e, alguns deles, de toda a comunidade científica. À luz da literatura revisada, os comentários destes respondentes podem ser interpretados como opiniões de grande valor, ao mesmo tempo em que estão inseridas em um contexto em que a atividade científica tem um caráter de um empreendimento social.

Tendo isso em vista, pode-se seguir buscando chegar a um nível maior de síntese das colocações dos respondentes.

Além disso, entre estes estudiosos e autoridades científicos selecionados, a princípio, nenhum deles era considerado especialista em sociologia do conhecimento/da ciência. São estudiosos de suas respectivas áreas e não era esperado que dominassem perfeitamente conceitos de nenhuma das teorias descritas. Mais apropriadamente seria necessário vê-los como agentes de um empreendimento social e histórico chamado de ciência, e não de uma ciência “pura”, como alertou Bourdieu.

Considerando a frequência de respostas como critério, mesmo não sendo respostas estimuladas, muitos dos elementos identificados na definição implícita dos estudiosos de organizações de saúde podem também ser identificados nas respostas presentemente analisadas, como se observa na Tabela 10.1. Ou seja, parece haver uma conformidade — dentro das limitações deste estudo exploratório—, entre as duas definições, com as seguintes ressalvas: número pequeno de menções a sistemas/políticas (entre administradores públicos e de empresas) e a critérios de avaliação (especialmente à equidade/acesso).

Por outro lado, quando as perguntas são sobre as diferenças entre AS e a área de atuação do respondente (e mesmo espontaneamente quando comentado sobre a definição de AS), não há, no geral, um reconhecimento da AS como uma área distinguível. Principalmente entre os acadêmicos de administração de empresas, a AS é vista como mais uma dentre outras de suas subáreas, apenas identificada com o estudo de um “objeto” específico, assim como seriam todas outras.

Acadêmicos de economia e economia da saúde dão reconhecimento maior à AS. Este fenômeno porém é negado pelos acadêmicos de administração pública, para alguns dos quais AS se insere na administração de empresas, a qual também carece de uma melhor definição. Para outra parte deste mesmo grupo, AS faria parte da administração pública, vista como também uma subárea, identificada com o estudo de um “objeto” específico.

Todos estes comentários têm necessariamente que ser avaliados sob uma perspectiva da dinâmica que existe entre as áreas. Esta visão tem mais valor ainda uma vez que várias características que existem na definição implícita de AS também estão presentes nos comentários ou definições explícitas dos estudiosos destas áreas adjacentes.

Ainda sobre considerações sobre reconhecimento, existe também uma interpretação mais sutil destes comentários, à luz da teoria de Kuhn (2006, 2011). Sob o prisma desta teoria, nada impede que algo seja apenas considerado “mais um objeto entre tantos” para um determinado campo acadêmico e ainda assim ser objeto de outro campo distinguível. Simplesmente os objetos não definem os campos, na visão do autor. Ou seja, objetos podem pertencer a distintos campos: em um deles, estes objetos são mais um (entre tantos) onde seus “paradigmas” são aplicáveis; e em outro campo, o mesmo objeto é abordado a partir de outros paradigmas.

É também observável que muitas das respostas misturam elementos da área de pesquisa com as áreas de ensino e da própria prática de gestão ou administração em saúde. O fato foi previsto pelo referencial descrito, como aqueles relacionados ao neo-institucionalismo sociológico, entre outros. Outras respostas remeteriam ao conceito de Intercampo, com a área de AS possuindo um aspecto central, a Saúde, a qual é perpassada por vários domínios.

De uma forma geral também, alguns comentários se repetiram, em maior ou menor grau, entre os respondentes das três áreas, de modo que se destacam alguns deles. Por estes comentários, a AS é considerada uma área:

- a) “interdisciplinar” e “multidisciplinar”;
- b) onde se deveria estimular o caráter multiprofissional;
- c) “em construção” ou “ainda a ser definida”;
- d) que se identifica mais com um objeto de estudo;
- e) de orientação mais prática que teórica;
- f) com características muito peculiares que são um grande desafio à prática da gestão na área;
- g) com muitos atores e interesses importantes;

- h) com objetivos de difícil conciliação;
- i) de grande importância social; e
- j) que oferece muitas oportunidades de pesquisa e interações positivas com suas áreas adjacentes.

12 CONCLUSÃO

O objetivo traçado para este estudo foi inicialmente averiguar a existência de uma concepção latente compartilhada sobre as pesquisas acadêmicas em AS entre estudiosos de organizações de saúde. Em seguida, buscou-se averiguar o escopo desta definição e a sua diferenciação ou distinção em relação à administração em geral. Com isso, seria possível derivar uma definição consensual implícita sobre a área. Acessoriamente o projeto visou também a realizar uma comparação entre esta concepção e definições explícitas sobre a AS por parte de professores e pesquisadores de áreas acadêmicas adjacentes além de explorar aspectos adicionais.

A fim de alcançar o objetivo principal desta tese, foram cumpridas as seguintes etapas: (1) um levantamento sobre a percepção de estudiosos de organizações de saúde sobre resumos/títulos de uma seleção de artigos, quanto ao fato de serem ou não de AS; (2) averiguação da existência de um consenso; (3) análise lexicográfica e temática do subgrupo destes artigos com classificação mais consistente; (4) realização, sobre os achados das análises de conteúdos, de técnicas estatísticas para avaliar a frequência e a associação/correlação de elementos conceituais; (5) geração de modelos de regressão e análise de conglomerado; e (5) verificação das hipóteses formuladas em relação ao escopo e distinção da definição de AS.

12.1 Comentários

De uma forma geral, o estudo conseguiu revelar, que para a amostra dos artigos selecionados e com o auxílio dos avaliadores, que existe uma ideia distinguível e latente sobre o que são as pesquisas acadêmicas em AS. Não só isso: existem também algumas peculiaridades desta definição latente.

Por exemplo, alguns artigos sobre saúde ou organizações de saúde (que foi o critério de seleção dos artigos), não foram considerados como de AS; e muitos destes mesmos artigos encontraram muita divergência para serem caracterizados como tal, ou seja, tiveram classificação inconsistente.

A definição subjacente sobre AS também foi caracterizada como envolvendo tanto atuação em ambiente público como da iniciativa privada. Além de estudos de processos e estruturas organizacionais, ela também envolve aplicações de políticas. Ela aborda o estudo de organizações, mas também o de sistemas de saúde, o que pode ser uma característica que se destaca em relação à administração em geral. Há também a presença de estudos teóricos e empíricos, no que não se diferencia da administração. E, para concluir, muitas das características que são percebidas por estudiosos de organizações de saúde fazem parte também da percepção de estudiosos de outras áreas acadêmicas adjacentes.

Esses resultados mostram uma concepção peculiar e diferente do senso comum sobre o que seja a área de pesquisa acadêmica em AS, principalmente em relação ao fato de não se limitar a ser um estudo de organizações de saúde. Na verdade, parece ser um conceito com muitas características, destacando-se entre eles o fato de, em termos de critérios de desempenho ou objetivos, não haver uma primazia tão grande de *stakeholders* financeiros em detrimento de pacientes, da sociedade e dos profissionais de saúde. Por este mesmo motivo, a área parece mais associada a conceitos ligados à área pública e a uma avaliação multidimensional. Aparentemente contrariando também alguns autores, aspectos teóricos surgem tão frequentemente em artigos de AS como de administração em geral.

Como demonstrado, as pessoas que contribuíram com o projeto foram escolhidas por compartilhar o mesmo objeto de estudo, o que não é uma condição suficiente para definir um campo acadêmico, no sentido empregado por Kuhn. Pesquisadores podem se dedicar ao estudo do mesmo objeto e fazer parte de comunidades acadêmicas diferentes. Outra situação possível é um estudioso fazer parte de algumas comunidades acadêmicas diferentes, com o mesmo objeto ou não. O que caracteriza um campo, entre outros aspectos, é o compartilhamento do mesmo conjunto amplo de problemas a serem resolvidos.

Adicionalmente, entre as contribuições possíveis deste estudo estão a criação de parâmetros para pesquisas bibliométricas sobre a área; sugerir novos debates sobre ela; fornecer uma definição que possa atrair mais pesquisas na área; ser uma base para o desenvolvimento de um consenso explícito sobre a área; ajudar o desenvolvimento futuro do campo em termos de pesquisa, educação e prática; e ser um substrato para fortalecer o posicionamento dentro do campo de administração. Enfim, esquadrihar a definição de AS ajuda também a entender qual o macro-problema que move a pesquisa acadêmica nesta área ou, em outras palavras, qual a razão de sua existência, qual sua missão.

Tentar entender o que uma área “é” também pode ser útil para discutir que caminhos ela deveria seguir, ou “o que deveria ser”. Por outro lado, se a ideia de um consenso pode dar maior eficiência e eficácia a um campo de investigação — em função de convergência de esforços —, isso não quer dizer que se deve inibir o desenvolvimento de investigações divergentes, pois algumas delas podem inclusive ser “extraordinárias”, para usar o termo de Kuhn. Afinal, a ideia de um consenso não impede que se mantenha uma “tensão essencial” entre estes dois tipos de investigações.

12.2 Limitações e sugestões de pesquisas

Após a execução deste trabalho, podem-se ressaltar algumas limitações. Para parte dos elementos das hipóteses não foi possível observar associações ou correlações significativas. Alguns destes casos podem se dever ao tamanho da amostra que, por sua vez, foi consequência da necessidade de viabilizar o estudo. Um maior número e variabilidade de artigos poderia contemplar inclusive novos aspectos. Porém evidentemente, neste caso, ocorreria também a necessidade de um número maior de respondentes.

Outra limitação se deve ao fato que encontrar distinções da AS com outras áreas acadêmicas também poderia ser um objetivo justificável, mas o foco em

administração se deveu também igualmente a viabilização do projeto e ao interesse em compará-la com a administração em geral. A seleção dos artigos executada também trás uma limitação, pois os artigos selecionados e os próprios periódicos de onde foram extraídos podem também embutir vieses. Um viés inclusive é a qualidade dos artigos, pois não somente os melhores (e publicados) seriam parte do que se entende por pesquisa em AS.

Por outro lado, este estudo também apresentou algumas evoluções em relação ao método originalmente utilizado. Pode-se citar, desconsiderando-se alterações menores: a realização de uma análise temática, a qual pode aumentar a validade dos achados; o uso de técnica de análise de *cluster*, que evidenciou detalhes de subgrupos de artigos de AS; a investigação conjunta do escopo e diferenciação de uma área (enquanto o trabalho de Nag, Chen e Hambrick (2007) focou mais a diferenciação do campo; Hu, Pan e Wang (2010) abordaram mais o escopo). O uso de diferentes técnicas de estatísticas que foram julgadas mais adequadas para o presente estudo, como o uso de medidas brutas de concordâncias e diferentes técnicas para avaliação de associação de dados categóricos também são desenvolvimentos em relação a técnica original.

A partir deste trabalho, pode-se também sugerir algumas linhas de pesquisa. Dentre elas, destacam-se algumas possibilidades. O presente estudo pode ser repetido após alguns anos, pois como foi comentado, é da natureza deste tema que ele se modifique ao longo do tempo, impulsionado por diversos fatores. Outra possibilidade seria operacionalizar as definições dos autores sobre campos acadêmicos, e tentar constatar se AS já pode ser rotulada como tal, na visão dos respectivos autores. Pode-se estudar também a dinâmica dos campos, tentando averiguar por qual razão a definição de AS não é mais explícita. Finalmente, este estudo também pode ser útil para basear replicação em outras áreas acadêmicas ou para comparações com outras áreas.

REFERÊNCIAS

ABRASCO — Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/index.php>. Acesso em: 9 nov 2010.

ACADEMY OF MANAGEMENT. Call for Submissions, 2011. Disponível em: <http://review.aomonline.org/submitters/>. Acesso em: 12 nov 2010.

ACADEMY OF MANAGEMENT. Call for Submissions, 2012. Disponível em: <http://review.aomonline.org/submitters/>. Acesso em: 17 dez 2011.

ALBUQUERQUE, J. P.; PRADO E. P. V.; MACHADO, G. R. Implicações ambivalentes de sistemas de informação de saúde: um estudo no sistema brasileiro de saúde pública. **RAE**, São Paulo, v. 51, n. 1, jan./fev. 2011, p. 58-71.

ALEXANDER, J. A.; D'AUNNO, T. A. Alternatives Perspectives on Institutional and Market Relationships in the U.S. Health Care Sector. In: MICK, S. S.; WYTTENBACH, M. E. (Editors). **Advances in Health Care Organization Theory**. Jossey-Bass, 2003.

ALMEIDA, C. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. 158-159, 2004.

ALMEIDA, C. C. **O campo da ciência da informação**: suas representações no discurso coletivo dos pesquisadores do campo no Brasil. 2005. 326 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciência da Informação) — Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. Para uma Teoria Geral da Saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 753-799, jul-ago 2001.

ALMEIDA, G. W; MELLO, R. C. Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde na Bahia. **RAC**, v. 8, n. 3, Jul./Set. 2004: 09-27.

ALMEIDA, M. F. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S147-S173, 2004.

ALMEIRA, A. G.; BORBA, J.A.; FLORES, L. C. S. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 579-607, maio/jun. 2009.

ANDRADE, E. I. G. et al. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 211-35, Mar./Abr. 2007.

ANDRADE, L. O. M. A.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-49, Mar./Abr. 2005.

ANPAD. EnANPAD 2012. Disponível em: http://www.anpad.org.br/evento.php?cod_evento_edicao=63. Acesso em: 1 maio 2012.

ARGOLO, J. C. T; ARAUJO, M. A. D. O Impacto do Desemprego sobre o Bem-Estar Psicológico dos Trabalhadores da Cidade de Natal. **RAC**, v. 8, n. 4, Out./Dez. 2004: 161-182.

ASTLEY, W. G. Administrative science as socially constructed truth. **Administrative Science Quarterly**, v. 30, n. 4, p. 497-513, 1985.

BARBOSA, J. G. P. et al. A Proposed Architecture for Implementing a Knowledge Management System in the Brazilian National Cancer Institute. **BAR**, Curitiba, v. 6, n. 3, art. 5, p. 247-262, July/Sept. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, M. A. C.; MALDONADO, J. M. S. V. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 681-99, jul/ago. 2008.

BECHER, T. **Academic tribes and territories: Intellectual enquiry and the cultures of disciplines**. Bristol, PA: Open University Press, 2001.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge**. Garden City, NY: Double Day, 1966.

BEZERRA, S. O.; ARAUJO, M. A. D. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 187-209, Mar./Abr. 2007.

BOEIRA, S. L. Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. **RAE**, São Paulo, v. 46, n. 3, JUL./SET. 2006.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **RAE**, São Paulo, v. 49, n. 4, out./dez. 2009, p. 419-433.

BONACIM, C. A. G; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 903-31, jul./ago. 2010.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BORBA, G. S. Proposta de um modelo para a avaliação dos princípios de aprendizagem existentes em um hospital. **RAE-eletrônica**, v. 8, n. 2, art. 15, jul./dez. 2009.

BORBA, V. R. **Do Planejamento ao Controle de Gestão Hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BORBA, V. R.; LISBOA, T. C. **Teoria Geral da Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BOURDIEU, Pierre. **Coisas Ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BOURDIEU, Pierre. **Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**. Editora Ática, Coletânea Grandes Cientistas Sociais, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa: 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andrea Loyola**. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero Limitada, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BRITO, M. J. M. et al. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. **RAE**, v. 44, EDIÇÃO ESPECIAL MINAS GERAIS, 2004.

CAMPOS, A. M. S. M.; COSTA, I. S. A. Espaços e caminhos para a pesquisa em administração: estimulando a prática da reflexividade. **RAP**, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, p. 37-48, 2007.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, pp. 611-14, set/out 2004.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, Mar./abr. 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAMPOS, L. C. M. ONGS/AIDS: Acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. **RAE**, São Paulo, v. 48, n. 3, jul./set. 2008.

CAPES. Tabelas de Área de Conhecimento. 31 mar. 2009. Disponível em: <http://capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento>. Acesso em 27 dez. 2011.

CAPES. WebQualis. Critérios Qualis. Administração, Ciência Contábeis e Turismo. Disponível em: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaCriterio2008.faces>. Acesso em: 2 jan. 2012.

CAREGNATO, R. C.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, pp. 679-684, out-dez 2006.

CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (Org.). **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. 1. ed. Rennes: Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1995.

CASTRO, P. M. R; PORTO, G. S. Análise exploratória sobre a mensuração de resultados da capacitação via estágios pós-doutorais: heterogeneidade entre grandes áreas do conhecimento? **R.Adm.**, São Paulo, v.45, n.1, p.43-56, jan./fev./mar. 2010.

CEALAG. Disponível em: <http://www.cealag.com.br/Organizacao.html>. Acesso em 2 jan. 2012.

CERCHIARI, G. S. F.; ERDMANN, R. H. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 925-48, SET./OUT. 2008.

CESP. Disponível em: <http://www.cpes.org.br/index.php>. Acesso em 2 jan. 2012.

CHERCHIGLIA, M. A.; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 2, Art. 16, jul./dez. 2006.

CHERMAN, A.; TOMEI, P. A. Códigos de Ética Corporativa e a Tomada de Decisão Ética: Instrumentos de Gestão e Orientação de Valores Organizacionais? **RAC**, v. 9, n. 3, Jul./Set. 2005: 99-120.

CHRISTENSEN, C. M; GROSSMAN, J. H; HWANG, J. **The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care**. New York: McGraw-Hill, 2008.

CNPq. Disponível em: <http://www.cnpq.br/cnpq/index.htm>. Acesso em 27 dez 2011.

COLE, S. The hierarchy of the sciences? **American Journal of Sociology**, v. 89, n. 1, p. 111-139, 1983.

CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. (Coord.). **Análise Multivariada**. São Paulo: Atlas, 2009.

CRA-SP – Conselho Regional de Administração de São Paulo. **Jornal Administrador Profissional**. Ano XXV. N. 191. Maio 2002. Disponível em: <http://www.crasp.com.br/jornal/jornal191/princ4.html>. Acesso em: 10 nov 2010

CRESWELL, J. W. **Projetos de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, C. R.; MELO, M. C. O. L. A confiança nos relacionamentos interorganizacionais: o campo da biotecnologia em análise. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 2, Art. 18, jul./dez. 2006.

DE OLIVEIRA, F. E. M. **SPSS Básico para Análise de Dados**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda, 2007.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, v. 48, p. 147-160, 1991.

DONABEDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. V. I: The definition of quality and approaches to its assessment.

DONABEDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985. V. II: The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis.

DURIAU, V. J.; REGER, R. K. Choice of Text Analysis Software in Organization Research: Insight from a Multi-dimensional Scaling (MDS) Analysis. In: JADT 2004: 7es Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles, 2004. Louvain-la-Neuve (Belgium).

DUTTON, J. E.; DUKERICH, J. M. Keeping an eye on the mirror: Image and identity in organizational adaptation. **Academy of Management Journal**, v. 34, n. 3, p. 517-554, 1991.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/67>. Acesso em: 23 jun 2011.

FADEL, C. B et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-56, MAR./ABR. 2009.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 07-22, JAN./FEV. 2009.

FAPESP. Disponível em: <http://www.fapesp.br/>. Acesso em: 27 dez 2011.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. M. ;SILVA, S. J. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 155-177, JAN./FEV. 2008.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-86, Maio/Jun. 2007.

FGV-EAESP – Fundação Getulio Vargas-Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Disponível em: <http://eaesp.fgvsp.br/>. Acesso em: 1 maio 2012.

FILENGA, D.; SIQUEIRA, M. M. M. O impacto de percepções de justiça em três bases de comprometimento organizacional. **R.Adm.**, São Paulo, v.41, n.4, p.431-441, out./nov./dez. 2006.

FLAUZINO, D. P.; BORGES-ANDRADE, J. E. Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 253-73, Mar./abr. 2008.

FLECK, D. L. Archetypes of Organizational Success and Failure. **BAR**, Curitiba, v. 6, n. 2, art. 1, p. 78-100, Apr./June 2009.

FRIENDLAND, R.; ALFORD, R. R. Bringing Society Back In: Symbols, Practices and Institutional Contradictions. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. (Eds.). **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

FULOP, N.; ALLEN, P.; CLARKE, A.; BLACK, N. From health technology assessment to research on the organization and delivery of health services: addressing the balance. **Health Policy**, v. 63, p. 155-65, 2003.

GALVÃO JUNIOR, A. C. et al. Marcos regulatórios estaduais em saneamento básico no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 207-27, JAN./FEV. 2009.

GARSON, G. D. **Reliability**. Asheboro, North Carolina: Statistical Publishing Associates, 2012.

GEERTZ, C. **Local knowledge: further essays in interpretive anthropology**. New York: Basic Books, 1983.

GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; DA SILVA, A. B. (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos**. São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

GONÇALVES, E. L. (Org.). **Administração de Saúde no Brasil**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1982.

GONÇALVES, E. L. (Org.). **Gestão Hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2006.

GRÖNROOS, C. **Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition**. Lexington: Lexington Books, 1990.

GUIMARÃES, A. L. S.; ALVES, W. O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **RAE**, São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009, p. 459-471.

GVSAUDE. Disponível em: <http://gvsaude.fgv.br/>. Acesso em: 1 maio 2012.

HAGSTROM, W. O. **The Scientific Community**. New York: Basic Books, 1965.

HANSEN, P. B.; GUIMARÃES, F. M. Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos. **RAE**, São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009, p. 434-446.

HC-FMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/proahsa/atividades_ensino.htm. Acesso em: 1 maio 2012.

HERZLINGER, R. E. **Market-Driven Health Care**. Cambridge: Basic Books; 1997.

HERZLINGER, R. E. **Who Killed Health Care?** American's \$ 2 trillions medical problem – and the consumer-driven cure. New York: McGraw-Hill; 2007.

HOSPITAL SIRIO-LIBANÊS. Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/Ensino/pos-graduacao-lato-sensu/gestores/paginas/gestao-atencao-saude.aspx>. Acesso em: 1 maio 2012.

HU, G.; PAN, W.; WANG, J. The distinctive lexicon and consensual conception of e-Government: an exploratory perspective. **International Review of Administrative Science**, v. 76, n. 3, p. 577-597, 2010.

INSPER – Instituto de Ensino e Pesquisa. Disponível em: <http://www.insper.edu.br/mba/mba-executivo-em-gestao-de-saude>. Acesso em: 1 maio 2012.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 704**: Principles and methods of terminology. 3. ed. Genebra, 2009.

JOIA, L. A; MAGALHÃES, C. Evidências Empíricas da Resistência à Implantação de Prescrição Eletrônica: uma Análise Explano-exploratória. **RAC-Eletrônica**, Curitiba, v. 3, n. 1, art. 5, p. 81-104, Jan./Abr. 2009.

KIRSHBAUM, C.; PORTO, E. C.; FERREIRA, F. C. M. Neo-institucionalismo na produção acadêmica em Administração. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 1, Art. 12, Jan./jun. 2004.

KOHATSU, E. A.; BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 563-77, maio/jun. 2009.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

KUHN, T. S. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70, 1989.

KUHN, T. S. **O caminho desde a estrutura**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. 2nd Ed. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1970.

LABRA, M. E. O movimento sanitário nos anos 20. Da "conexão sanitária internacional" à especialização em saúde pública no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 483-484, out/dez 1985.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2001.

LANDIS RJ, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, pp. 159-74, 1977.

LARA, M. L. G. Diferenças conceituais sobre termos e definições e implicações na organização da linguagem documentária. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 91-96, maio/ago. 2004.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **Laboratory life: The social construction of scientific facts**. Beverly Hills: Sage Publications, 1979.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **RAE**, São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009, p. 447-458.

LEVCOVITZ, E. et al. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS, 2003.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. Ed. São Paulo: Harbra, 1987.

LOBATO, L. V. C. Seguridade social, saúde e equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 1023-39, Nov./Dez. 2004.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-63, Nov./Dez. 2007.

LURIE, N; MCLAUGHLIN, C; HOUSE, J. S. Guest editor's introduction: in pursuit of the social determinantes of health: the evolution of health services research. **Health Services Research**, v. 38, p. 1642-3, 2003.

MACIEL, B.C. et al. Gestão em parceria entre uma fundação de apoio e um hospital público universitário: análise custo-efetividade. **R.Adm.**, São Paulo, v.40, n.4, p.342-352, out./nov./dez. 2005.

MADEIRA, A. B.; LOPES, M.; GIAMPAOLI, V.; DA SILVEIRA, J. A. G. Análise proposicional quantitativa aplicada à pesquisa em administração. **RAE**, São Paulo, v. 51, n.4, jul /ago. 2011, pp. 396-410.

MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administración Hospitalaria**. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2008.

MALIK, A. M. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: comentários em relação à pesquisa sobre serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S147-S173, 2004.

MALIK, A. M. Quem é o responsável pela qualidade na saúde? **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 351-64, Mar./Abr. 2005.

MARANGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E. A. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 457-79, MAR./ABR. 2009.

MAROCO, J. **Análise Estatística**: com utilização do SPSS. Lisboa: Silabo, 2007.

MASCARENHAS, A. O.; ZAMBALDI, F.; MORAES, E. A. Rigor, relevância e desafios da academia em administração: tensões entre a pesquisa e a formação profissional. **RAE**, v. 51, n. 3, p. 265-279, maio/jun 2011.

MCKINLEY, W.; MONE, M. A.; MOON, G. The determinants and development of schools in organization theory. **Academy of Management Review**, v. 24, n. 4, p. 634-648, October 1999.

MEIRA, F. B.; MEIRA, M. B. V. Considerações sobre um campo científico em formação: Bourdieu e a “nova ciência” do turismo. In: EnANPAD 2006 – Encontro da ANPAD, 2006. Salvador. Disponível em: http://abrad.org.br/evento.php?cod_evento_edicao=10. Acesso em: 12 nov 2010

MELLO, M. L. B. C.; AMANCIO FILHO, A. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 613-36, Maio/jun. 2010.

MENDONÇA, J. R. C; BARBOSA, M. L. A.; DURÃO, A. F. Fotografias Como um Recurso de Pesquisa em Marketing: o Uso de Métodos Visuais no Estudo de Organizações de Serviços. **RAC**, Curitiba, v. 11, n. 3, Jul./Set. 2007: 57-81.

MERTON, R. K.; STORER, N. W. **The sociology of science: Theoretical and empirical investigations**. Chicago: University of Chicago Press, 1973

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal organizations as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, v. 83, n. 2, p.340-363, 1977.

MISOCZKY, M. C. et al. Fórum Administração e Saúde. **RAE**, v. 49, n. 4, out/dez 2009.

MIZRUCHI, M. S.; FEIN, L. C. The Social Construction of Organizational Knowledge: A Study of the Uses of Coercive, Mimetic, and Normative Isomorphism. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 4, p. 653-683, 1999.

MOARES, L. V. S.; DA SILVA, M. A.; CUNHA, C. J. C. A. A dinâmica da aprendizagem gerencial em um hospital. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 2, Art. 18, jul./dez. 2004.

MOIMAZ, SAS et al. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 121-35, nov./dez. 2008.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, Rio de Janeiro, maio-junho 2007.

MORENO JR, J. M. P.; ZUCCHI, P. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 7-16, Jan./Fev. 2005.

NAG, R.; HAMBRICK, D. C.; CHEN, M. What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field. **Strategic Management Journal**, v. 28, p. 935-955, 2007.

NESCON. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/>. Acesso em: 2 jan. 2012.

NICOLAI, A.; SEIDL, D. That's relevant! Different forms of practical relevance in Management Science. **Organization Studies**, v. 31, n. 09 & 10, p. 1257-1285, 2010.

NORONHA, A. G. G. M; BORGES, D. F. Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 895-912, Jul./Ago. 2005.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2, S147-S173, 2004.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-89, Mar./abr. 2008.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J. S. **Saúde Pública e Reforma Sanitária**. Salvador: Centro de Estudos Projetos de Saúde – Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, N. Esp, p. 73-78, 2006.

PAIVA, K. C. M.; COUTO, J. H. Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da Copasa-MG. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1189-211, nov./dez. 2008.

PAIVA, K. C. M.; SARAIVA, L. A. S. Estresse ocupacional de docentes do ensino superior. **R.Adm.**, São Paulo, v.40, n.2, p.145-158, abr./maio/jun. 2005.

PEDROSO, M. C. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde**. 2010. 439 f. Tese de Doutorado (Programa de Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

PEREIRA, J. C. R.; BRONHARA, B. Índice h de docentes em Saúde Coletiva no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 599-606, 2011.

PFEFFER, J; SALANCIK, G. R. **The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective**. Stanford: Stanford University Press, 2003.

PINHEIRO, A. A. et al. Metodologia para gerenciar projetos de pesquisa e desenvolvimento com foco em produtos: uma proposta. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 457-78, Maio/Jun. 2006.

PINTO, M. C. S.; COUTO-DE-SOUZA, C. L. Mudança organizacional em uma empresa familiar brasileira. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 609-34, maio/jun. 2009.

POLANCZIK, C. A. Pesquisa em serviços de saúde: precisamos valorizar essa tendência! **Rev. HCPA**, v. 30, n. 1, p. 3-4, 2010.

POMS. Disponível em: <http://www.poms.org/>. Acesso em: 1 maio 2012.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining Competition in Health Care. **Harvar Business Review**. June, 2004.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results**. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

PRADO, S. D; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 491-501, 2006.

QUEIROZ, A. C. S; VASCONCELOS, F. C. Organizações, confiabilidade e tecnologia. **RAE**, v. 45, n. 3, JUL./SET. 2005.

RAIMUNDINI, S.L. et al. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. **R.Adm.**, São Paulo, v.41, n.4, p.453-465, out./nov./dez. 2006.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamento na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, v. 7, n. 2, pp. 305-322, julho-dezembro 2005.

ROCHA, E. C. A.; ARAUJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 481-517, MAR./ABR. 2009.

ROMANCINI, R. **O campo científico da Comunicação no Brasil: institucionalização e capital científico**. 2006. 528 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências da Comunicação, na Área de Concentração Teoria e Pesquisa em Comunicação) — Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

ROSA, E. Barreiras ao desenvolvimento de clusters em espaços não-centrais: o caso da biotecnologia em Belo Horizonte. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 1053-76, Set./Out. 2005.

ROSALY, R.; ZUCCHI, P. O marketing na área de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 711-28, Set./Out. 2004.

SALIBA, N. A. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, nov./dez. 2009.

SANNA, M. C. **Reflexões sobre os fundamentos históricos, legais, éticos e políticos do ensino de graduação em Administração em Saúde no Brasil**. 20 jul 2011. Disponível em: http://www.crasp.gov.br/crasp/centro/interna_centro.aspx?Secao_id=243&campo=905. Acesso em: 1 maio 2012.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE**, São Paulo, v. 48, n.3, jul./set. 2008.

SANTANA, E. E. P.; PORTO, G. S. E Agora, o que Fazer com Essa Tecnologia? Um Estudo Multicaso sobre as Possibilidades de Transferência de Tecnologia na USP-RP. **RAC**, Curitiba, v. 13, n. 3, art. 4, p. 410-429, Jul./Ago. 2009.

SANTOS, S. L.; BATALHA, M. O. Propaganda de alimentos na televisão: uma ameaça à saúde do consumidor? **R.Adm.**, São Paulo, v.45, n.4, p.373-382, out./nov./dez. 2010.

SÃO CAMILO. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/>. Acesso em: 1 maio 2012.

SARAIVA, L. A. S.; GONÇALVES, N. R. Democratização do Poder Local e Efetividade de Programas Sociais: Análise de uma Experiência Municipal. **RAC-Eletrônica**, Curitiba, v. 2, n. 3, art. 3, p. 392-409, Set./Dez. 2008.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, Jan./Fev. 2007.

SCARPIN, J. E.; SLOMSKI, V. Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão governamental. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 909-33, Set./Out. 2007.

SCHULZ, R.; JOHNSON, A. **Management of Hospitals**. Blakiston, 1976

SCOTT, I; CAMPBELL, D. Health services research: what is it and what does it offer? **Intern Med J**, v. 32, p. 91-99, 2002.

SCOTT, W. R. et al. **Institutional Change and Healthcare Organizations: from Professional Dominance to Manager Care**. Chicago: The University of Chicago Press, 2000.

SCOTT, W. R. The Old Order Changeth: The Evolving World of Health Care Organizations. In: MICK, S. S.; WYTTENBACH, M. E. (Editors). **Advances in Health Care Organization Theory**. Jossey-Bass, 2003.

SHAPIN, S. Here and everywhere: Sociology of scientific knowledge. **Annual Review of Sociology**, v. 21, p. 289-321, 1995.

SHEIK, K et al. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. **PLoS Medicine**, v. 8, n. 8, August 2011.

SHORTELL S. M.; KALUZNY, A. D. Organization Theory and Health Services Management. In: _____. **Health Care Management: Organization, Design and Behavior**. 4th ed. Albany, NY: Delmar Thomson Learning, 2000.

SIMPOI. Disponível em: <http://www.simpoi.fgvsp.br/index.cfm>. Acesso em: 1 maio 2012.

SPANNAGEL, C.; GLÄSER-ZIKUDA, M.; SCHROEDER, U. Application of Qualitative Content Analysis in User-Program Interaction Research. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 6, n. 2, Art. 29, May 2005.

SPILLER, E. S.; SENNA, A. M.; DOS SANTOS, J. F.; VILAR, J. M. **Gestão dos Serviços de Saúde**. Rio De Janeiro: FGV Editora, 2010

SPINK, P. K.; ALVES, M. A. O campo turbulento da produção acadêmica e a importância da rebeldia competente. **O & S**, v.18, n.57, p. 337-343, Abril/Junho 2011.

TAYLOR, R. J.; TAYLOR, S. B. **The Aupha Manual of Health Services Management**. Maryland Aspen Publication, 1994.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-54, Mar./Abr. 2007.

UEBERSAX, J. Intraclass correlation and related methods. 2 Abril 2007. Disponível em: <http://www.john-uebersax.com/stat/icc.htm>. Acesso em: 22 nov. 2011.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **RAE**, v. 41, n. 4, p. 44-55, Out./Dez. 2001.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Saúde debate**, v. 26, n. 61, p. 219-235, maio-ago. 2002.

VECINA, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE-eletrônica**, v. 9, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2010.

VELOSO, G. G; MALIK, A. M. Aplicação de Modelos de Decisão *Make or Buy* em Hospitais: Análise de Terceirizações em Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico em Hospitais Privados do Município de São Paulo. In: EnEO – ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 2004. São Paulo.

VELOSO, G. G; MALIK, A. M. Aspectos Técnicos e Institucionais das Dimensões Eficiência, Qualidade e Acesso Universal em Novos Modelos de Gestão Para a Saúde. In: QUALIHOSP 2009 – IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE

QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009. Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo.

WHITE, K. R. When Institutions Collide: Hospital Sponsored by the Roman Catholic Church. In: MICK, S. S.; WYTTENBACH, M. E. (Editors). **Advances in Health Care Organization Theory**. Jossey-Bass, 2003.

WHITLEY, R. The fragmented state of management studies: Reasons and consequences. **Journal of Management Studies**, v. 21, n. 3, p. 331-348, 1984.

WOLPER, L. F. **Health Care Administration**. Sudburg, MA: Jones And Bartlett Publishers, 2004.

ZILBER, M. A.; LAZARINI, L. C. Estratégias Competitivas na Área da Saúde no Brasil: um Estudo Exploratório. **RAC**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 131-154, Jan./Mar. 2008.

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas preliminares

1. Nome
2. Formação
3. Ano de formatura
4. Função
5. Tempo na função
6. Experiência em administração
7. Qual sua definição da área?
8. Subdivisões principais do área?
9. O que as caracteriza?
10. Quais são os campos adjacentes/com intersecção?
11. Diferenças/demarcações em relação a estes campos?
12. O que caracteriza os artigos da área?
13. O que significa fazer pesquisa no campo?
14. Por que o campo não é aceito? Por que sua existência é contestada?
15. Acha relevante o movimento para fortalecer a área?
16. Quais as estratégias?
17. Quais são as áreas de interesse? Temas relevantes do campo?
18. Tendências do campo? Para onde o campo deveria se desenvolver?

APÊNDICE B – Entrevistas preliminares

Entrevista preliminar no. 1

Cargo: membro do conselho editorial

Duração: 53 min.

Data: 31 de maio de 2010

O entrevistado é formado em Medicina há mais de 35 anos. Tem experiência em Administração em Saúde há mais de trinta e cinco anos também. Profissionalmente foi responsável por diversas instituições, como diretor de centros de saúde e diretor de distritos sanitários. Atualmente é consultor em Administração em Saúde. Tem Mestrado e Doutorado. O entrevistado faz parte de um grupo que está reestruturando a antiga Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde (SMBAS), criada em 1976, e que atualmente se transformou em Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (ABRAMPAS).

O periódico do qual o membro do conselho editorial tem mais de uma década de existência. É uma revista de edição trimestral e está indexada em bases de dados como AdSaúde, FSP-USP e LILACS. Segundo suas normas para publicação, ela apresenta trabalhos relacionados à administração de serviços e de sistemas de saúde, de administração hospitalar e sanitária. E em recente editorial, declara que sempre procurou publicar estudos de caso, estudos de caso, artigos e resenhas voltados para a melhoria da gestão e da qualidade dos serviços de saúde públicos e privados.

Para o entrevistado uma das peculiaridades à AS é que ela está relacionada há um tipo de instituição que tem algumas características singulares. Para ele, alguns tipos de organizações têm duplo comando. Fato que ocorre também em universidades (carreira dos professores) e organizações militares. Essas instituições, bem como hospitais e serviços de saúde têm tipicamente, e claramente separadas, uma direção técnica e uma direção administrativa. Essa última é responsável pela “infra-estrutura,

marketing, gestão de recursos humanos, manutenção e obras”. Cabendo a direção técnica a responsabilidade sobre a “atividade-fim”. Além disso, “o médico julga que a administração é fruto do bom-senso”. Para eles AS é “escolher a melhor opção baseado no bom-senso”. Apesar disso, a AS “precisa de um administrador que tenha formação na área de saúde, alguém do meio. Ou médico. Ou enfermeiro”, “basicamente para ser ouvido” e “para se fazer ouvir”. Ou a “corporação médica” vai rejeitá-lo como um “estranho no ninho”.

Para ele o nome da área deveria ser “Administração de Serviços de Saúde”. Para ele também, a AS é uma especialidade dentro da Saúde Coletiva. O escopo da AS é “toda a área voltada para prestação. De algum tempo para cá, a auditoria”. O critério para a distinção entre o restante da medicina seria a ausência de “prescrição de tratamento médico”. Por exemplo, a Medicina do trabalho não faz parte da AS, pois é “prescritiva como qualquer outra área. Por outro lado a perícia médica é intermediária, pois tem análise administrativa e prescrição de tratamento médico”.

Para o respondente, portanto a AS se inscreve claramente dentro da Saúde Coletiva/Medicina Preventiva. Existem “dois recortes: medicina curativa e medicina preventiva” e “administração em saúde está no recorte da medicina preventiva”.

No dia-a-dia, encontra desafios para categorizar os artigos que lhe são submetidos à publicação. Por exemplo, recentemente avaliou para publicação artigo elaborado por um arquiteto e uma oftalmologista, que realizaram estudo em várias clínicas de oftalmologia. Eles chegaram à conclusão que as clínicas estavam mais preocupadas com a fachada, os letreiros e o luminoso do que com a acessibilidade. Evidenciaram a presença de escadaria para entrar, ausências de rampas e problemas em corrimões. Para o respondente, este claramente era um artigo sob “olhar de saúde”, apesar de elaborado por um arquiteto.

Para o respondente, “as várias fronteiras estão cada vez mais borradas dos vários setores” e há “invasão e interpenetração”. Por outro lado, é difícil definir as fronteiras de AS, pois “tudo é o campo da saúde. A Nestlé trabalha com saúde”, “a vigilância sanitária então... envolve tudo”, “Tudo está ligado, o ambiente de trabalho, a saúde do trabalhador”. Conclui portanto, que é “difícil definir critérios”.

Outros exemplos: avaliou recentemente outros dois artigos. Um sobre absenteísmo em hospital e outro sobre educação continuada de enfermagem. Acredita que ambos poderiam ser direcionados a “Revistas de RH”, “sem que fosse ligado a questão da saúde especificamente”. Assim, outro elemento definidor da AS, seria portanto as especificidades da área. Ou seja, artigos que abordam como elemento central, algo ligado especificamente ao setor de saúde. No entanto pondera que “a grande maioria dos trabalhos são [intermediários]” e “cabem aqui e acolá”.

Para o respondente, qualquer tentativa de demarcações da área, “por trás tem concepções ideológicas”. Por exemplo, ele está envolvido na remontagem da ABRAMPAS, grupo que vê a AS como campo da Medicina Preventiva/Saúde Coletiva, esta última, sendo vista como uma abordagem multiprofissional da primeira, pois “a medicina preventiva não é algo exclusivo do médico”.

A demarcação com a Administração de Empresas se faz em função principalmente da finalidade. A AS tem como foco ou objetivo principal a saúde. O resultado financeiro seria “sempre associado” a esse objetivo. Ao passo que pesquisas que tenham “um viés meramente financeiro” não são pesquisas em AS. Embora acredite que “o resultado financeiro é fundamental para a sobrevivência da Santa Casa”, por exemplo.

Cita outros exemplos, como o caso de algumas operadoras de planos de saúde (OPS) que estão desenvolvendo, o que na sua visão, são projetos de saúde coletiva dentro de empresas privadas. Essas empresas constataram altos gastos com materiais/próteses ortopédicas. E em função disso desenvolveram programas de orientação em domicílio, com visitas oferecendo informações que levavam a redução de quedas, como observações sobre tacos soltos e barras nos banheiros. Para eles, trabalhos baseados nestas experiências são de AS, pois diminuem custos e, ao mesmo tempo, melhoram a saúde da população.

Estudos na linha de “como diminuir a sinistralidade de um plano de saúde” poderiam ser publicados [...] [no periódico em questão], apesar de achar que “daria boas discussões internas”, mas ao final, “talvez passe”.

Estudos sobre AS sempre aliam ações preventivas à administração. Cita outro exemplo, em que ações de imunização são desencadeadas por análises “administrativas”. Neste exemplo, “o custo, uma questão administrativo-financeiro é um *driver* para o problema de saúde, para uma ação preventiva”. Assim, a vacinação para gripe e da vacina dupla adulta em uma OPS é uma “ação de saúde [que] foi desencadeada por um aspecto administrativo”. Ou ainda, uma evidência de “olhar a partir de uma questão administrativa e que leva a uma ação de saúde.” Estudos também sobre redução de quedas, redução de cirurgias com utilização de próteses, redução das internações por pneumonia como complicação de gripe, estão todos inclusos no que considera ser AS.

Portanto, para ele, “a área de Administração em Saúde pode ser olhada de vários lados”. Quando o fator predominante for o custo ou a questão financeira, neste momento não se está diante de AS. Assim, AS pode ser vista de várias formas. É a “história dos cegos e do elefante”. Quando se almeja maximizar a utilização recursos, aumentar a cobertura, vacinar mais pessoas, diminuir internações, diminuir procedimentos ou casos de pneumonia, em todas essas situações se está diante de AS.

Finalmente, para a definição da área “tem ai uma base ética, moral, filosófica”, pois tem que se leva em conta “o que a nossa sociedade, o que a nossa formação judaico-cristã, o que a nossa formação define em relação à saúde”. Para o respondente a Saúde é “definida como um bem social” em oposição a um “bem de consumo”. Pesquisas em clínicas de cirurgia plástica ou clínicas de lipoaspiração estão fora do escopo da AS, pois estão incluídas em uma “ética da mercantilização da saúde”, e induzem a utilização de medicamentos e procedimentos desnecessários, algo certamente contrário ao “juramento hipocrático”. Ao passo que a pesquisa, a prática e publicações em AS é sempre algo que leva em conta “contribuir para melhoria das condições de saúde da população”. É isso que ele acredita é este o “escopo da revista [o periódico em questão]”.

São áreas de interesse atualmente dentro de AS, para o entrevistado: modelo de gestão, práticas organizativas, gestão de processos, varias possibilidade de

organização de serviços, gestão de tempo, gestão de centro cirúrgico, sistema de informação e gerenciamento on-line. Outro tema que deve guiar a pesquisa em AS é quem é o administrador de saúde.

Entrevista preliminar no. 2**Cargo: membro do conselho editorial****Duração: 54 min.****Data: 7 de junho de 2010**

O entrevistado é formado em Medicina há cerca de 40 anos. Tem Residência em Medicina. Realizou pós-graduação em Saúde Pública e em Administração Hospitalar. Tem Mestrado e Doutorado. Desde o ano de 1975 tem experiência direta em gestão em saúde. Foi responsável por centros de saúde e diversos hospitais. Desde 1975 é professor em Medicina, onde leciona diversos temas, entre eles assuntos ligados a gestão em saúde. Dá aulas para a Graduação, Residência Médica e pós-graduação. Há mais de quinze anos defendeu sua tese de Livre Docência.

Atualmente é o membro de conselho editorial de um periódico relacionado a área de saúde. A Revista tem mais de oito anos de existência. O entrevistado está há 10 anos em um instituto ligado a uma grande universidade, onde foi um dos responsáveis pela sua criação. Atualmente é um dos responsáveis pela sua coordenação, que tem como principal missão realizar estudos e pesquisas sobre o tema de interesse do Instituto, que inclui diversos tópicos, e entre eles envolve Medicina, Saúde e Saúde Pública.

Para o entrevistado, área de AS, tem como escopo:

“Estudar os processos que envolvem desde a formulação de política, desenvolver projetos de gestão institucional, diferentes sistemas de gestão. O escopo seria estudar estes processos. E também a questão do Planejamento. Essa área de gestão envolve também o Planejamento. E a Política.”

Também: “a administração esta muito ligada a Política, a questão institucional...”

Para o entrevistado, o que existe é a grande área de Saúde Coletiva. Ela incorporou a administração sanitária, aspectos da saúde pública, questões ligadas à sociologia e a epidemiologia. Portanto a Saúde Coletiva compõe-se da: (1) Política, Planejamento e Gestão; (2) Sociologia aplicada à Saúde; e (3) Epidemiologia. A Saúde Pública, segundo o entrevistado, é mais voltada à intervenção, como a organização de serviços e como interferir sobre a saúde da população.

Saúde coletiva, para ele, por ser muito mais ensinado em faculdades médicas, onde também ensina-se pouco sobre gestão, tem um tom mais médico. AS, pelo mesmo motivo, ficou reduzida e fraca academicamente dentro da Saúde Coletiva. E a Epidemiologia teve maior desenvolvimento.

Para o respondente, a abordagem sociológica trabalha com conteúdo mais amplo. A AS, que utiliza as teorias administrativas usuais, é algo menor do que a sociologia e epidemiologia. Mas todos são temas de difícil discussão nas faculdades de medicina. Algo que ocorre mais na pós-graduação.

Em relação à demarcação entre a AS e administração de empresas, “o problema é só a missão. A missão voltada para o lucro e a missão para o serviço coletivo”.

O entrevistado coloca que há uma nítida “questão ideológica” (“eu não sou um indivíduo de mercado”), de “como é que o mercado gerencia os serviços de saúde? E como é que, como um bem público, a saúde deve ser gerida?”. No fundo “se usa as mesmas teorias”, mas com essa diferença de abordagem, pois a saúde “ela é um bem que não deve ser comercializado” e “não deve depender de intermediário outros. Seja ele de qualquer ordem. Ou político, ou social, ou econômico”

Continua discorrendo que, como saúde tem grande valor para sociedade, surge em torno dela um interesse comercial e sua exploração pode ser fonte de lucro. A pesquisa em administração de empresa serve de suporte a este tipo de visão e tem, portanto o enfoque “mais empresarial”. Nesta linha, objetos, perguntas e objetivos da pesquisa em administração de empresa são diferentes dos da AS. Pois “quando se faz pesquisas, se faz perguntas” e “as perguntas, elas são diferentes”, pois “a coisa da saúde não é um objeto típico de mercado”.

Comentário sobre o que é ser administrador em AS:

“O administrador tanto público ou como privado. Não que ele seja neutro, entendeu. Mas ele como administrador, ele deve defender o paciente. Sabia disso. Eu acho isso. Eu acho isso. Se ele não defender o paciente. E se ele defender os interesses das corporações. Ele não é um bom administrador. Ele tem que mediar os interesses da corporação. Mas se ele não defender, como instância, os pacientes, de todos os perigos que ele corre ao entrar no hospital, ao entrar no serviço de saúde. Se ele não tiver essa consciência, ele é um mau administrador para mim”.

Os focos das pesquisas são diferentes na AS e na administração de empresas (“administração empresarial”). Pois a AS tem “um marco conceitual diferente das coisas de mercado”. São duas óticas, dois pontos de partida diferentes. No setor “empresarial” algo somente será feito “se tiver retorno”.

Em relação às tendências ele acredita que isto é algo “muito influenciado pela realidade”. O fato de em nosso sistema ter sido feita uma opção pela universalização orienta a linha de investigação. Portanto os problemas do sistema considerados relevantes para pesquisa são a equidade e o acesso, além da formação de gestores. A avaliação de políticas públicas e a busca de outros modelos institucionais (“sem perder o sentido público”) são outros tópicos de interesse.

O entrevistado teve participação importante no I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, uma recente iniciativa da ABRASCO. No congresso foi discutido, entre outros temas, a Reforma Sanitária, problemas do SUS, a reforma do sistema de saúde americano, modelos de gestão e o estado da arte da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. O congresso se originou do trabalho da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, da ABRASCO. Segundo o entrevistado, outras comissões na ABRASCO estão ligadas, por exemplo, a Epidemiologia, que por sua vez esta relacionada à Vigilância sanitária e

a metodologia de estudo de doenças na população. A área de Sociologia relacionada à saúde e estuda problemas “mais macro”, segundo o respondente.

Para ele, dentro da Política, Planejamento e Gestão em Saúde, a área de Política estuda a questão de poder, intervenção e do Estado. Estuda questões relacionadas à avaliação de políticas públicas, financiamento e captação de recursos. O congresso nítida, e deliberadamente, tem mais foco em Política. Ficando em segundo plano as experiências dos gestores, algo diferente do que ocorria em congressos da ABRASCO, segundo o respondente. Para ele “a gestão caminha para a qualidade”. Algo mais focado em aspectos de segurança do paciente, a questão de medicamentos, equipamentos e acreditação de hospitais. A Política analisa o papel do hospital dentro de um contexto maior.

APÊNDICE C – Amostra do questionário no. 1

[SURVEY PREVIEW MODE] Survey - Windows Internet Explorer
 http://www.surveymonkey.com/s.aspx?PREVIEW_MODE=DO_NOT_USE_THIS_LINK_FOR_COLLECTION&sm=wdmkkMIC-g8mP15Rhx%2b7XDC15G1z5spzCQ3T9olpe4%3d

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

4 / 8 50%

*** 4. Título: ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE EMPRESAS DE SAÚDE**

Resumo: O objetivo do artigo é avaliar o desempenho econômico-financeiro de empresas da área de Saúde, principalmente sua rentabilidade, comparando hospitais, operadoras de planos de saúde e empresas em geral. Foram usados dados dos balanços financeiros do exercício de 2006 compilados da publicação Balanço Anual 2007 da Gazeta Mercantil. Os dados foram comparados utilizando-se os testes não paramétricos da mediana e do qui quadrado. Comparando-se as maiores empresas de cada categoria, seus retornos sobre o ativo total não têm diferenças estatísticas significantes. Os maiores hospitais e operadoras tiveram lucratividade igual entre si, porém inferior à das empresas em geral. Os hospitais tiveram lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização (LAJIDA) maior e cresceram menos que as operadoras em 2006. Conclusão: a rentabilidade de hospitais com maiores receitas não parece diferir significativamente da de outras empresas da economia. Adicionalmente, observou-se que não existe distinção significativa entre hospitais com e sem finalidade lucrativa, no que diz respeito à margem LAJIDA, margem líquida e retorno sobre ativos totais.

Este é um artigo de Administração/Gestão em Saúde?

Definitivamente não é Provavelmente não é Provavelmente é Definitivamente é

Anterior Próximo

Com o apoio de SurveyMonkey
 Crie o seu próprio inquérito online grátis, agora!

Concluído

SurveyMonkey - Con... [SURVEY PREVIEW M...]

Internet | Modo Protegido: Ativado PT 08:24

Ilustração 1 (Ap.) - Amostra do questionário no. 1

Fonte: Elaborado pelo autor

APÊNDICE D – Elementos mais frequentes nos artigos tipo AS



Ilustração 2 (Ap.) - Elementos mais frequentes nos artigos tipo AS

Fonte: Elaborado pelo autor

ANEXO A – Artigos selecionados para análise

Código	Título	Referência
bar1	Archetypes of Organizational Success and Failure	(FLECK, 2009)
bar2	A Proposed Architecture for Implementing a Knowledge Management System in the Brazilian National Cancer Institute	(BARBOSA et al., 2009)
rac1	Fotografias Como um Recurso de Pesquisa em Marketing: o Uso de Métodos Visuais no Estudo de Organizações de Serviços	(MENDONÇA; BARBOSA; DURÃO, 2007)
rac2	Estratégias Competitivas na Área da Saúde no Brasil: um Estudo Exploratório	(ZILBER; LAZARINI, 2008)
rac3	E Agora, o que Fazer com Essa Tecnologia? Um Estudo Multicaso sobre as Possibilidades de Transferência de Tecnologia na USP-RP	(SANTANA; PORTO, 2008)
rac4	Códigos de Ética Corporativa e a Tomada de Decisão Ética: Instrumentos de Gestão e Orientação de Valores Organizacionais?	(CHERMAN; TOMEI, 2005)
rac5	O Impacto do Desemprego sobre o Bem-Estar Psicológico dos Trabalhadores da Cidade de Natal	(ARGOLO; ARAUJO, 2004)
rac6	Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde na Bahia	(ALMEIDA; MELLO, 2004)
rac-e1	Evidências Empíricas da Resistência à Implantação de Prescrição Eletrônica: uma Análise Explano-exploratória	(JOIA; MAGALHÃES, 2009)
rac-e2	Democratização do Poder Local e Efetividade de Programas Sociais: Análise de uma Experiência Municipal	(SARAIVA; GONÇALVES, 2008)
rae1	Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais	(BOEIRA, 2006)

Quadro 1 (Ap.) – Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo

Fonte: Elaborado pelo autor

(continua)

Código	Título	Referência
rae2	Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo	(SANO; ABRUCIO, 2008)
rae3	ONGS/AIDS: Acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações	(CAMPOS, 2008)
rae4	Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos	(BONACIM; ARAUJO, 2009)
rae5	Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos	(HANSEN; GUIMARÃES, 2009)
rae6	Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes	(LEAL; MATOS, 2009)
rae7	Preveno a insolvência de operadoras de planos de saúde	(GUIMARÃES; ALVES, 2009)
rae8	Ambivalent implications of health care information systems: a study in the brazilian public health care system	(ALBUQUERQUE; PRADO; MACHADO, 2011)
rae9	Organizações, confiabilidade e tecnologia	(QUEIROZ; VASCONCELOS, 2005)
rae10	Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente	(BRITO et al., 2004)
rae-e1	Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público	(CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006)
rae-e2	A confiança nos relacionamentos interorganizacionais: o campo da biotecnologia em análise	(CUNHA; MELO, 2006)
rae-e3	Proposta de um modelo para a avaliação dos princípios de aprendizagem existentes em um hospital	(BORBA, 2009)
rae-e4	Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde	(VELOSO; MALIK, 2010)

Quadro 1 (Ap.) – Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo
Fonte: Elaborado pelo autor

(continuação)

Código	Título	Referência
rae-e5	A dinâmica da aprendizagem gerencial em um hospital	(MOARES; DA SILVA; CUNHA, 2004)
rap1	As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde	(BEZERRA; ARAUJO, 2007)
rap2	Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade	(KOHATSU; BARBIERI; HORTALE, 2009)
rap3	A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz	(MELLO; AMANCIO FILHO, 2010)
rap4	Mudança organizacional em uma empresa familiar brasileira	(PINTO; COUTO-DE-SOUZA, 2009)
rap5	Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde	(SALIBA et al., 2009)
rap6	Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários	(OLIVEIRA; BORGES, 2008)
rap7	Metodologia para gerenciar projetos de pesquisa e desenvolvimento com foco em produtos: uma proposta	(PINHEIRO et al., 2006)
rap8	Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso	(FADEL; REGIS FILHO, 2009)
rap9	O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S)	(BATISTA; MALDONADO, 2008)
rap10	Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos	(FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007)
rap11	Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão governamental	(SCARPIN; SLOMSKI, 2007)

Quadro 1 (Ap.) – Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo
Fonte: Elaborado pelo autor

(continuação)

Código	Título	Referência
rap12	Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública	(CERCHIARI; ERDMANN, 2008)
rap13	Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro	(FARIA; JANNUZZI; SILVA, 2008)
rap14	Marcos regulatórios estaduais em saneamento básico no Brasil	(GALVÃO JUNIOR et al., 2009)
rap15	A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina	(ALMEIRA; BORBA; FLORES, 2009)
rap16	Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família	(CAMPOS; MALIK, 2008)
rap17	Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil	(ANDRADE et al., 2007)
rap18	A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil	(SATO, 2007)
rap19	Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa	(MOIMAZ et al., 2008)
rap20	Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde	(LOTUFO; MIRANDA, 2007)
rap21	Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS	(TREVISAN, 2007)
rap22	Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da Copasa-MG	(PAIVA; COUTO, 2008)
rap23	Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais	(FLAUZINO; BORGES-ANDRADE, 2008)

Quadro 1 (Ap.) – Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo
Fonte: Elaborado pelo autor

(continuação)

Código	Título	Referência
rap24	Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil	(FADEL et al., 2009)
rap25	A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005)	(MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009)
rap26	Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN	(ROCHA; ARAUJO, 2009)
rap27	Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP	(BONACIM; ARAUJO, 2010)
rap28	Espaços e caminhos para a pesquisa em administração: estimulando a prática da reflexividade	(CAMPOS; COSTA, 2007)
rap29	Barreiras ao desenvolvimento de clusters em espaços não-centrais: o caso da biotecnologia em Belo Horizonte	(ROSA, 2005)
rap30	Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos	(NORONHA; BORGES, 2005)
rap31	O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros	(ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005)
rap32	Quem é o responsável pela qualidade na saúde?	(MALIK, 2005)
rap33	Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo	(MORENO JR; ZUCCHI, 2005)
rap34	Seguridade social, saúde e equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate	(LOBATO, 2004)
rap35	O marketing na área de saúde	(ROSALY; ZUCCHI, 2004)

Quadro 1 (Ap.) – Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo
Fonte: Elaborado pelo autor

(continuação)

Código	Título	Referência
rausp1	Estresse ocupacional de docentes do ensino superior	(PAIVA; SARAIVA, 2005)
rausp2	O impacto de percepções de justiça em três bases de comprometimento organizacional	(FILENGA; SIQUEIRA, 2006)
rausp3	Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos	(RAIMUNDINI et al., 2006)
rausp4	Análise exploratória sobre a mensuração de resultados da capacitação via estágios pós-doutorais: heterogeneidade entre grandes áreas do conhecimento?	(CASTRO; PORTO, 2010)
rausp5	Propaganda de alimentos na televisão: uma ameaça à saúde do consumidor?	(SANTOS; BATALHA, 2010)
rausp6	Gestão em parceria entre uma fundação de apoio e um hospital público universitário: análise custo-efetividade	(MACIEL et al., 2005)

Quadro 1 (Ap.) – Amostra de artigos selecionados para análise neste estudo
Fonte: Elaborado pelo autor

(conclusão)