



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPA**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM  
DEPARTAMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO**



**MARILUZ GOMEZ ESTEVES**

**ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E O CONTROLE  
DO TRABALHO PROFISSIONAL:  
ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS EM HOSPITAIS DA  
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

LONDRINA  
2005

MARILUZ GOMEZ ESTEVES

**ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E O CONTROLE  
DO TRABALHO PROFISSIONAL:  
ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS EM HOSPITAIS DA  
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Professor Orientador:  
Dr. Paulo da Costa Lopes

LONDRINA  
2005

## Ficha Catalográfica

Esteves, M. G.

**Organizações Hospitalares e o controle do trabalho profissional:** estudo de múltiplos casos em hospitais da região norte do Estado do Paraná / Mariluz Gomez Esteves. – Londrina: s.n., 2005. – 235 p.

Dissertação (mestrado) – Departamento de Administração da Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós Graduação em Administração.

Orientador: Paulo da Costa Lopes.

1. Hospital      2. Organizações Profissionais.      3. Administração Hospitalar  
4. Profissionais de Saúde      5. Instrumentos de Gestão      6. Instrumentos de Controle I. Título.

MARILUZ GOMEZ ESTEVES

**ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E O CONTROLE  
DO TRABALHO PROFISSIONAL:  
ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS EM HOSPITAIS DA  
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual de Maringá, pela seguinte banca examinadora:

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Paulo da Costa Lopes  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dr. Luiz Antonio Felix  
Universidade Estadual de Londrina

---

Profa. Dra. Maria do Carmo Lourenço  
Haddad  
Universidade Estadual de Londrina

LONDRINA  
2005

*Ao Aníbal  
companheiro na vida,  
na educação dos filhos  
e no trabalho,  
pela paciência  
e imensa generosidade  
sempre me apoiando  
e ouvindo sobre qualquer  
assunto.*

*Aos meus filhos Egeu e Leon  
pela paciência de serem filhos,  
e muitas vezes terem se virados  
sozinhos para que eu pudesse  
trabalhar e estudar, atender  
clientes  
e orientar alunos  
vocês são o maior presente  
que eu e seu pai  
recebemos da vida.*

*Aos gestores, proprietários  
de hospitais e médicos do norte e  
noroeste do Paraná que possibilitaram  
a minha formação profissional ao longo  
destes 22 anos de trabalho vividos lado  
a lado.*

*Aos gestores hospitalares do interior do  
Brasil, que a despeito de todas as  
adversidades  
e dos poucos recursos tem tomado para si a  
tarefa de viabilizar o atendimento médico  
hospitalar a milhares de brasileiros.*

## AGRADECIMENTOS

Aos gestores dos hospitais pesquisados que gentilmente me atenderam e me forneceram todas as informações solicitadas tornando possível este trabalho.

Ao professor Paulo da Costa Lopes pela dedicação a minha orientação, pelo respeito que nutre pelos seus alunos, a quem se dispõe a ajudar com paciência e generosidade.

Aos professores Luiz Antonio Felix e Cristiane Vercesi Cruciol pelo conhecimento e apoio oferecidos durante o transcorrer do mestrado.

Ao Professor Antonio Pedro Alves de Carvalho, do Departamento de Arquitetura da UFBA, pelo incentivo quase desafiador para que eu me dedicasse a este mestrado.

As professoras Georfrávia Montoza Alvarenga e Maria do Carmo Haddad da UEL, pela amizade e o apoio que me deram em momentos decisivos desta empreitada.

A Margareth Komori pelos muitos dias e horas em que ouviu minhas conjecturas sobre hospitais sempre com atenção e paciência que só uma grande amiga poderia ter.

A Ceila, ao Guilherme, a Kelly, a Débora e a todos aqueles que torceram por mim em todas as fases decisivas deste estudo.

Ao Carlos, a Ana Lucia, ao Ricardo, a Jaqueline, a Cristiane, a Ligia, a Letícia, a Sandra Graça, ao Derli Fischer e aos outros profissionais Pró Saúde, que continuaram trabalhando para que não fossemos a falência durante este período em que me ausentei do trabalho.

Ao Francisco Carlos Navarro, o Chico do mestrado, que nunca me negou apoio, sempre disposto a ajudar na solução dos problemas do dia-a-dia.

A Fabiana Guedes pela primorosa (e gratuita) revisão do texto.

Ana Carolina Potier que inesperadamente se *ofereceu* para traduzir o resumo.

A Universidade Estadual de Londrina pela possibilidade de fazer um curso de qualidade inquestionável, gratuitamente e ao lado da minha casa. Aos contribuintes do Estado do Paraná que financiaram com o pagamento de impostos esta possibilidade.

Ao Dr. José Alcindo Gil pela possibilidade de administrar um hospital; ao Dr. João Soitiro Yokoyama por me ensinar sobre a profissão de médico; a Dona Mitsuko Muramoto por me ensinar sobre a importância das enfermeiras nos hospitais; a Cleuza Olimpio de Oliveira, administradora hospitalar, com quem iniciei minha caminhada no entendimento do sistema de saúde.

As minhas tias e tios Nélide, Neli, Shirley, Tere, Gildo e José, professores, que guiaram meus estudos e continuam torcendo pelas minhas realizações.

A minha mãe por ter sido tão cuidadosa com os meus filhos, permitindo que eu trabalhasse desde a minha formação universitária até que eles aprenderam a andar com as próprias pernas.

E a minha avó Odila por sua vontade férrea e talento para ser professora, que influenciou suas filhas, seus netos e bisnetos que somam hoje 12 professores das mais diversas áreas.

ESTEVEES, Mariluz Gomez. **Organizações Hospitalares e o controle do trabalho profissional: estudo de múltiplos casos em hospitais da região norte do Estado do Paraná.** Londrina, 2005. 235 p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Administração, UEL.

## RESUMO

Partindo do referencial teórico sobre as estruturas das organizações de Henry Mintzberg (2003), a pesquisa buscou compreender o desequilíbrio observado entre a administração e os grupos profissionais em hospitais e como este desequilíbrio se aprofunda quanto maior a presença profissional, implicando na posse de um conjunto de instrumentos de gestão voltados ao controle do trabalho profissional. Para tal realizou-se um estudo de múltiplos casos incorporados de 7 hospitais de média e alta complexidade da 17<sup>o</sup> Regional de Saúde, na região norte do Estado do Paraná. Foi verificado, inicialmente, se estes hospitais estão ordenados como organizações profissionais e se utilizam os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional. A pesquisa verificou, através da trajetória dos gestores e do processo de construção de seus saberes, o nível de profissionalismo dos mesmos. Finalmente, correlacionou-se as características dos hospitais, com as características dos gestores. Os resultados confirmaram a presença de diferentes estágios estruturais destas organizações, com uso diferenciado dos instrumentos de gestão, nem sempre coerente com as necessidades demonstradas pelo nível de profissionalização da assistência. O estudo das trajetórias dos gestores mostrou uma compreensão e um uso diferenciados dos instrumentos de gestão para o controle do trabalho profissional, apontando para a presença de diferentes níveis de contextualização dos saberes do meio hospitalar pelos gestores. A correlação entre as características dos hospitais e as dos gestores demonstrou a importância do nível de profissionalismo do gestor para o processo de construção dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

Palavras Chave: Hospital. Organizações Profissionais. Administração Hospitalar. Profissionais de Saúde. Instrumentos de Gestão. Instrumentos de Controle.

ESTEVEZ, Mariluz Gomez. *Hospital Organizations and the control of professional work: a study of multiple cases in hospitals of the North region of Paraná State*. Londrina, 2005. 235 p. M.A. Thesis, Department of Administration, UEL.

## **ABSTRACT**

Starting from the theoretical reference about the organizations design of Henry Mintzberg (2003), the research tried to understand the imbalance observed between administration and professional groups in hospitals and how this imbalance grows as the professional presence increases. For this, a study of multiple incorporated cases was made in the 7 middle and high complexity hospitals of the 17<sup>th</sup> Health Regional, in the North region of Paraná State. It was initially verified whether these hospitals are setup as professional organizations and whether they use management instruments necessary to control the professional work. The research verified the level of professionalism through the administrators' career path and the construction process of their knowledge. Finally, the characteristics of the hospitals were correlated with the administrators' characteristics. The results confirmed the presence of different design stages of these organizations, with the use of different management instruments, not always coherent with the necessities demonstrated by the level of the assistance professionalism. The study of the administrators' career path showed different comprehension and use of the management instruments to control the professional work, pointing to the presence of different levels of contextualization of hospital environment knowledge by the administrators. The correlation between the characteristics of hospitals and the administrators' characteristics showed the importance of the administrator's professionalism level to the building process of the management instruments necessary to control the professional work.

Key-words: Hospital. Professional Organizations. Hospital Administration. Healthcare Professionals. Management Instruments. Control Instruments

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01	As seis partes de uma organização	80
Figura 02	Organização Empreendedora	81
Figura 03	Organização Maquinal	82
Figura 04	Organização Profissional	82
Figura 05	Organização Diversificada	83
Figura 06	Organização Inovadora	83
Figura 07	As partes de uma organização profissional	86
Figura 08	Organograma Hospitalar Funcional - Esquemático	96
Figura 09	Organograma por agrupamento de conhecimento e habilidade	98
Figura 10	Organograma do material da Liga Paranaense de Combate ao Câncer	102
Figura 11	Proposta de organograma	103

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Os dez papéis do administrador segundo Mintzberg	119
Quadro 02	Os dez papéis do administrador de profissionais em organizações hospitalares	128
Quadro 03	Os três níveis diferentes de realidade no processo de profissionalização	141
Quadro 04	Modos de manifestação dos saberes	144
Quadro 05	Os níveis de profissionalismo segundo Le Boterf	146
Quadro 06	Escala de mensuração da complexidade baseada nas categorias funcionais, no trabalho requerido e no processo de tomada de decisão	152
Quadro 07	Recursos pessoais	156
Quadro 08	Hospitais selecionados conforme os critérios de pesquisa	169
Quadro 09	Histórico de indicadores PROHASA	197
Quadro 10	Presença e funcionamento das comissões nos hospitais pesquisados	201
Quadro 11	Parâmetros encontrados por Pichiai	211
Quadro 12	Experiência social segundo ocorrências no Google	240

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Evolução do número de leitos e de população brasileira no período de 1996 –2000	19
Tabela 02	Complexidade de assistência – presença de recursos humanos dos profissionais e dos funcionários em geral por leito	189
Tabela 03	Número de funcionários por leito	190
Tabela 04	Percentuais de RH por grupo	193
Tabela 05	Números de leitos e recursos humanos por hospital pesquisado	194
Tabela 06	Enfermeiros e médicos nos recursos humanos de assistência	196
Tabela 07	Administradores, nutricionistas e farmacêuticos nos recursos humanos de gestão e apoio	200
Tabela 08	Consistência das respostas à questão nº 45 do instrumento de coleta de dados	237

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Recursos humanos por leito	190
Gráfico 02	Funcionários por leito	191
Gráfico 03	Complexidade da assistência – presença de profissionais e funcionários em geral por leito	192
Gráfico 04	Percentuais de RH por leito	194
Gráfico 05	Número de leitos e recursos humanos por hospital pesquisado	195
Gráfico 06	Recursos humanos de enfermagem por leito	197
Gráfico 07	Médicos por leito	198
Gráfico 08	Complexidade da gestão – presença de profissionais de gestão e funcionários de apoio em geral	201
Gráfico 09	Administradores, nutricionistas e farmacêuticos por leito	203

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	28
<b>3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO</b> .....	30
<b>4 CAPÍTULO 1 - O CONTEXTO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES</b> .....	32
4.1 As Organizações Hospitalares e o Legado Filantrópico .....	32
4.2 O Médico e o Hospital .....	37
4.3 Dualidade de Poder e Governança Empresarial .....	47
4.4 O Financiamento da Saúde no Brasil .....	60
<b>5 CAPÍTULO 2 - O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL</b> .....	77
5.1 As Estruturas (Design) das Organizações Segundo Mintzberg.....	78
5.2 O Processo de Redesenho do Hospital.....	86
5.3 Sobre as Necessidades de Controle do Trabalho Profissional.....	104
5.4 Administrando Organizações Profissionais .....	115
<b>6 CAPÍTULO 3 - COMPETÊNCIAS REQUERIDAS AO ADMINISTRADOR DE PROFISSIONAIS</b> .....	134
6.1 Conceito de Competência .....	134
6.2 O Saber Combinatório de Le Boterf e o Conceito de Profissionalismo .....	138
6.3 Recursos, Competências e Profissionalismo .....	140
6.4 Níveis de Profissionalismo .....	145

6.5 Atingir o Profissionalismo, um Desafio da Atualidade .....	147
6.6 Escala de Mensuração da Complexidade .....	150
6.7 Níveis de Competência Necessário ao Exercício da Administração de Profissionais.....	153
6.8 A Importância da Identificação dos Papéis do Administrador.....	158

## **7 CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA .....**

159

7.1 Objetivos da Revisão Bibliográfica .....	160
7.1.1 Delimitação teórica proporcionada pela revisão bibliográfica .....	161
7.2 Objetivos da Pesquisa de Campo .....	162
7.3 Definições Gerais do Método e da Técnica de Pesquisa de Campo.....	163
7.4 O Estudo de Casos Múltiplos .....	164
7.4.1 Critério de escolha e seleção dos casos .....	167
7.4.2 Apresentação dos hospitais pesquisados .....	170
7.5 Definição dos Termos.....	172
7.5.1 Conceitos .....	173
7.5.2 Constructos .....	175
7.6 Parâmetros de Análise da Presença Profissional.....	178
7.7 Coleta de Dados.....	183

## **8 CAPITULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANALISE DOS**

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>185</b>
8.1 Caracterização dos Hospitais Estudados .....	185
8.1.1 Quanto à finalidade terapêutica.....	186
8.1.2 Quanto à presença profissional.....	187
8.1.3 Quanto à utilização de instrumentos de gestão no controle do trabalho profissional .....	205

8.1.4 Quanto ao atendimento do objetivo nº. 4 do presente estudo.....	216
8.2 Os Gestores Hospitalares da Região Norte do Paraná.....	219
8.2.1 Apresentação dos respondentes (questões 6 a 23) .....	220
8.2.2 Modos de aquisição dos saberes e suas manifestações.....	220
8.2.3 Quanto ao atendimento do objetivo específico nº 05 do presente estudo...	241
8.3 Discussão dos Resultados .....	244
<b>CAPITULO 6- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>249</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>256</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>263</b>
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados – questionário .....	264
Apêndice B - Ficha de cadastro do hospital .....	271

## 1 INTRODUÇÃO

O SUS - Sistema Único de Saúde consolida-se, na atualidade, como o principal financiador de serviços de saúde no Brasil. De forma irreversível e regulamentado a partir de estados e municípios, utiliza parâmetros epidemiológicos e *per capita* para distribuir os recursos financeiros, obrigando parceiros públicos e prestadores de serviço a planejarem sua atuação e seus investimentos, baseados nas necessidades epidemiológicas da população e dentro das disponibilidades financeiras específicas de cada região.

A organização do SUS, baseada na universalização constitucional do direito a saúde como um dever do Estado, exigiu do Governo Federal uma regulamentação especial, distintiva, para as empresas criadas com finalidade de financiar serviços privados de saúde. Através da Lei 9.656 (Brasil, 1998) estas empresas passaram a ser tratadas como *operadoras de planos privados de assistência à saúde*, sendo agrupadas, sob uma mesma bandeira, pela Lei 9.961 (Brasil, 2000), que criou a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>1</sup>.

Com a estruturação da ANS teve início a construção de uma base única de dados, visando conter a totalidade de usuários do Sistema de Saúde Suplementar. Com esta base de dados será possível identificar os brasileiros que, ao fazerem parte do Sistema de Saúde Suplementar, deixarão de fazer parte do SUS. Em 20/03/2001 foi aprovada a Resolução - RDC nº. 62 da ANS estabelecendo as normas para o ressarcimento ao SUS dos atendimentos prestados pela rede SUS aos usuários do Sistema de Saúde Suplementar.

---

<sup>1</sup> O Sistema de saúde Suplementar é composto pelas empresas Medicina de Grupo, reunidas na ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo; pelas cooperativas médicas, reunidas na Unimed do Brasil; pelas empresas de autogestão, reunidas na UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde; e pelas seguradoras, reunidas na FENASEG - Federação nacional das empresas de seguros privados e capitalização.

Desta forma está sendo preparada a separação dos dois sistemas, o que de um lado protegerá o SUS da migração oportunista<sup>2</sup> de pacientes e de outro está obrigando os hospitais a definirem melhor sua posição em relação a cada um dos sistemas.

Chegando ao fim, portanto, o tempo em que o principal parâmetro para o estabelecimento de um negócio de saúde era a necessidade pessoal do prestador, que tinha credenciamento garantido pela carência geral de serviços ou por sua força econômica ou política.

A competição pelos escassos recursos públicos e privados aponta para a necessidade de controlar custos, reduzir desperdícios e aumentar a produtividade. É preciso investir na gestão do negócio. (MATOS apud DUARTE, 1999, p.6)

Diante das mudanças nas regras de financiamento, os estabelecimentos de saúde estão sendo levados ao reposicionamento quanto ao segmento de população a ser atendido, aos principais financiadores dos serviços, a melhor forma jurídica para viabilizar a operação e a capacidade operacional instalada o que, na maioria das vezes, poderá significar reduzir a oferta de leitos, passando a oferecer outros serviços.

O impacto das novas tecnologias médicas, tanto diagnósticas como terapêuticas, bem como dos novos produtos farmacêuticos, alteraram profundamente as necessidades de leitos hospitalares, bem como o perfil dos mesmos. (DUARTE, 1999, p.6)

---

<sup>2</sup> A separação dos dois sistemas ajudará a impedir a migração dos pacientes de um sistema para o outro conforme as vantagens ou desvantagens econômicas de cada caso.

Nas regiões sul e sudeste do país, onde o *boom* dos serviços hospitalares das décadas de 60 e 70 foi maior, o excesso de oferta de serviços ao SUS levou ao fechamento de inúmeros hospitais. Num período de quatro anos, de 1996 a 2000, foram fechados, no Estado do Paraná, 38 hospitais, correspondendo a 6,74% do total no mesmo ano. Entre os 4 anos (1996-2000) foram desativados 3.298 leitos, correspondente a 9,88% do total no mesmo ano. Entre os 4 anos (96-00) a população do Paraná cresceu 6,23% conforme pode ser observado na Tabela 01.

**Tabela - 01 Evolução do número de leitos e da população brasileira no período de 1996 - 2000**

Estados (sul e sudeste)	População 1996	Leitos 1996	I/1000h <sup>3</sup>	População 2000	Leitos 2000	I/1000h	Varição população %	Varição I/1000h %
Espírito Santo	2.802.707	7.213	2,57	3.097.498	6.772	2,19	10,52	-6,11
Minas Gerais	16.672.613	51.769	3,11	17.905.134	50.895	2,84	7,39	-1,69
Paraná	9.003.804	33.396	3,71	9.564.643	30.098	3,15	6,23	-9,88
Rio Grande do Sul	9.634.688	57.593	5,98	10.187.842	53.892	5,29	5,74	-6,43
Rio de Janeiro	13.406.308	31.264	2,33	14.392.106	31.155	2,16	7,35	-0,35
Santa Catarina	4.875.244	15.227	3,12	5.357.864	14.747	2,75	9,90	-3,15
São Paulo	34.119.110	110.959	3,25	37.035.456	104.565	2,82	8,55	-5,76
Subtotal Sul e Sudeste	90.514.474	307.421	3,40	97.540.543	292.124	2,99	7,76	-4,98
Total Brasil	157.070.163	499.719	3,18	169.872.856	487.058	2,87	8,15	-2,53

Fontes: IBGE. **Estatísticas do século XX** - Censo 2000. Disponível em [www.ibge.gov.br/seculoux/arquivos/saude.xls](http://www.ibge.gov.br/seculoux/arquivos/saude.xls) consulta feita em 25/01/2004; BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência à saúde no SUS** - Média e Alta Complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Certamente, o processo de reposicionamento de mercado não está ocorrendo de forma linear, nem fácil. Especialmente se considerada a grande crise econômica a que foram submetidos os hospitais de meados da década de 80 a meados da década de 90, enquanto os esforços governamentais estavam concentrados na organização do SUS. O resultado prático daquele período pode ser

expresso em defasagem tecnológica, instalações e equipamentos sucateados, achatamento da remuneração dos profissionais e redução do número de leitos ofertados a população.

Obviamente, diversos hospitais foram capazes de rapidamente proceder este reposicionamento, entretanto a maioria dos hospitais ainda enfrenta dificuldades administrativas para fazê-lo.

Para efetivar o reposicionamento de mercado, as organizações hospitalares precisam, urgentemente, repensar seu papel nos dois sistemas de saúde, redefinir seu modelo assistencial: clientela; especialidades e capacidade de resolução pretendida; área de abrangência e localização na hierarquia dos dois sistemas. Estas definições tornaram-se indispensáveis ao planejamento de novos investimentos e modos de operação.

Esta situação se torna especialmente complexa para os hospitais localizados fora das capitais dos estados brasileiros, onde poucos são os gestores capazes de compreender o novo cenário.

Na busca por saídas econômicas para as crises que se sucedem nos hospitais, foi observado por esta autora, pela experiência empírica, que alguns gestores migram de uma solução para outra, fazendo investimentos repetitivos e, muitas vezes, inócuos, que implicam em altos custos sem, no entanto, atingir os resultados esperados pela clara falta de definição do foco da organização.

As múltiplas carências destas organizações, as dificuldades de priorizar ações e investimentos, as pressões exercidas pelos diversos grupos profissionais encobrem uma questão de difícil abordagem, relacionada aos instrumentos gerenciais necessários, ao papel do gestor e às competências

---

<sup>3</sup> I/1000h - indicador de número de leitos hospitalares por 1000 habitantes.

requeridas para o enfrentamento de problemas típicos de organizações profissionais como os hospitais: a necessidade urgente de profissionalização da gestão administrativa dos hospitais.

Conforme Mintzberg (2001), as organizações profissionais<sup>4</sup> se distinguem das demais, implicando em papéis diferenciados para o administrador de profissionais, o que pressupõe a presença indispensável de certas competências individuais:

Por precisar depender de profissionais treinados - pessoas altamente especializadas, com um controle sobre seu trabalho, como em hospitais e universidades - para dar cabo dessas tarefas, a organização abre mão de uma boa parcela de seu poder não apenas para os próprios profissionais, mas também para as associações e instituições que os selecionam em primeiro lugar. (MINTZBERG, 2001, p. 153)

O administrador do trabalho profissional talvez não possa controlar os profissionais diretamente, mas exerce uma série de papéis que podem proporcionar um poder considerável. (MINTZBERG, 2001, p. 275)

Por um lado, espera-se que os administradores protejam a autonomia dos profissionais, amortecendo-os das pressões externas. Por outro lado, espera-se que cortejem os de fora para que apoiem a organização, tanto moral como financeiramente. (MINTZBERG, 2001, p. 275)

Em sua origem remota o hospital não era uma organização profissional. O processo de mudança da finalidade caritativa para a terapêutica, que condicionou o ingresso de diversos profissionais na organização hospitalar, como será visto na pesquisa bibliográfica desta dissertação vem ocorrendo, no Brasil, há mais de um século e fazendo da finalidade terapêutica e da presença dos profissionais médicos as principais características dos hospitais na atualidade.

---

<sup>4</sup> Organizações profissionais ou organizações de base profissional são aquelas, segundo Mintzberg (2001, p.154), em que o modelo de coordenação é baseado na padronização das habilidades dos trabalhadores, se estruturando a partir do trabalho individualizado realizado diretamente pelos profissionais.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. (FOUCAULT, 1979, p. 109).

No Brasil, a profissionalização da assistência a saúde nos hospitais teve início com o ingresso maciço de médicos a partir do início do século XX, se intensificou na década de 1980, com a ampliação substancial do número de enfermeiras por hospital e se completou pelo ingresso dos demais profissionais nas duas últimas décadas do século XX, constituindo um processo recente e marcado pelo ambiente econômico e social turbulento.

Conforme a finalidade terapêutica se consolida, observa-se um processo contínuo de ingresso de novos profissionais, que produz reordenações entre os diversos grupos profissionais, que vão se reorganizando e trazendo a tona conflitos de interesse.

É possível afirmar, que enquanto o hospital se estrutura em direção a finalidade terapêutica os grupos lutam entre si e com a administração pela ampliação e a garantia de seus espaços de atuação profissional (CARAPINHEIRO, 1998, p. 46).

No setor hospitalar, como em outros setores da sociedade brasileira, coexistem estágios diferentes de desenvolvimento, mantendo-se, ainda hoje, nos hospitais filantrópicos, uma cultura administrativa hospitalar fortemente ligada aos paradigmas caritativos.

Os fundamentos religiosos condicionantes destes paradigmas são descritos por Foucault no artigo o “Nascimento do Hospital” (1979, p. 102):

E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado à cura do doente, mas a conseguir a própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

É possível perceber empiricamente, que permanece a crença no atendimento médico-hospitalar como forma de caridade para com a população carente, oferecida por um grupo de abnegados, que faz o que está ao seu alcance, contando com a sociedade e o governo para o provimento dos recursos necessários para viabilizá-la.

Esta crença, de certa forma, liberou por muito tempo os gestores das instituições filantrópicas de maiores compromissos com a qualidade da assistência (ou a finalidade terapêutica), com o controle de custo da prestação de serviços e com eficiência na gestão administrativa. Segundo Malik (2001, p. 58), este raciocínio se sustenta e mantém o discurso da escassez típico do setor. E, de certa forma, desobriga da posse de instrumentos ou competências de gestão.

Consequentemente, se o grupo de profissionais se organiza enquanto a administração permanece presa aos modelos anteriores, surge um desequilíbrio de forças que se aprofunda quando mais acentuadas forem estas tendências.

Para Carapinheiro (1998, p.45) estes processos de mudanças:

[...] solicitam o abandono de fórmulas ancestrais de gestão hospitalar, tornando-a mais flexível à emergência de novas estruturas de poder e a novos rearranjos na relação de forças entre os diversos grupos profissionais que se movimentam pelo hospital.

O desequilíbrio de forças entre os grupos profissionais e a administração compromete o funcionamento da organização hospitalar, podendo transformar o gestor hospitalar em mero executor das políticas dos profissionais muitas delas conflitantes entre si.

Segundo Carapinheiro (1998, p. 59), os dois grupos, que detêm as tarefas mais difíceis e críticas no hospital são os médicos e os administradores. De

um lado, aos médicos constituem a própria justificativa para a existência do hospital moderno, e de outro, os altos custos envolvidos na manutenção e reposição tecnológica nestas organizações obriga, cada vez mais, que se profissionalize a gestão administrativa. Entretanto, mais do que cada grupo ser capaz de realizar o seu trabalho parece claro que os grupos possam se entender, o que pressupõe um equilíbrio de forças entre eles.

Estabelecer o equilíbrio de forças entre administração e os profissionais parece ser a condição indispensável à profissionalização da gestão das organizações hospitalares.

Entretanto, as evidências empíricas que o setor hospitalar oferece, através da divulgação na mídia de freqüentes crises em diversos hospitais pelo país, demonstram que a tarefa de estabelecer este equilíbrio está longe de ser fácil.

Aparentemente, o equilíbrio de poder nas organizações hospitalares será maior quando a profissionalização da gestão for capaz de acompanhar a profissionalização da assistência, levantando a possibilidade de que o desequilíbrio de forças entre os dois grupos poderia estar na raiz das dificuldades dos hospitais localizados em regiões em que as áreas profissionais de saúde estão historicamente estruturadas. Ou seja, regiões profundamente caracterizadas pela presença e a atuação dos profissionais de saúde nas quais os hospitais apresentariam maiores dificuldades para realinhar seus recursos ou melhorar seus resultados.

Neste sentido, chama a atenção a Região Norte do Paraná, caracterizada como pólo de saúde organizado em torno da cidade de Londrina, que concentra serviços na área da saúde, que proporcionam grande atratividade regional.

Tendo como referência nacional, o curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina, criado em 1966, antes mesmo do surgimento desta universidade, que ocorreu em 1970. E, com menor influência, os demais cursos na área de ciências biológicas, a cidade atrai estudantes de todo o país, contribuindo, historicamente para a formação deste pólo de saúde e seguramente continua contribuindo com a manutenção desta posição.

No SUS, o município é ao mesmo tempo sede de módulo, sede de regional e sede de macro regional conforme as definições da NOAS/2001<sup>5</sup> e participa ativamente no sistema de referência e contra-referência do SUS. Abrangendo, enquanto macro regional, as regionais: 16ª regional com sede em Apucarana/PR, formada por 16 municípios e 289.961 habitantes; 17ª Regional com sede em Londrina/PR, formada por 19 municípios e 752.578 habitantes; 18ª Regional com sede em Cornélio Procopio/PR, formada por 22 municípios e 243.740 habitantes; e 19ª Regional com sede em Jacarezinho/PR, formada por 21 municípios e 257.043 habitantes; num total de 78 municípios e 1.543.322 habitantes. (IBGE, 2004).

A condição de pólo de atração se repete, quando observado o fluxo de pacientes particulares ou usuários do Sistema de Saúde Suplementar.

Londrina atrai não apenas pacientes como também, e de forma contínua, investimentos no setor de saúde. A chegada de novos profissionais e a implantação de novos serviços de diagnóstico e tratamento produzem um crescimento desordenado, nem sempre em acordo com a real demanda por estes serviços.

---

<sup>5</sup> Norma Operacional da Assistência a Saúde do SUS

Confirmando a tendência observada no país, o setor hospitalar desta cidade apresentou poucas alterações em sua capacidade de operação nos últimos 10 anos. A abertura de pequenos hospitais especializados e as obras de ampliação e reforma dos hospitais existentes representaram, principalmente, a melhora na capacidade de resolução e não um real crescimento da oferta de leitos hospitalares.

Nas cidades vizinhas - Cambé, Ibiporã e Rolândia - beneficiados com a proximidade de Londrina para atrair profissionais de saúde, os hospitais têm feito um esforço contínuo para manter como clientes à população local e atrair parcelas da população regional, revertendo parte da migração de pacientes para Londrina. Este esforço tem se traduzido em resultados concretos na melhora da qualidade da assistência e da capacidade de resolução destas organizações.

O curioso na situação é que os hospitais de Londrina, que se beneficiam do poder da cidade para atrair pacientes de outras regiões, parecem, pela experiência empírica, menos eficazes na gestão de seus recursos, que os hospitais das cidades vizinhas, limitados a uma fração de pacientes locais, que deixam de migrar para Londrina.

Aparentemente, a administração dos hospitais das cidades vizinhas, estaria mais protegida da pressão dos grupos profissionais, do que a daqueles localizados em Londrina, suscitando o problema, que a pesquisa se propôs a investigar e que diz respeito à repercussão do **desequilíbrio de forças entre a administração e os grupos profissionais** na gestão dos hospitais. Aparentemente, este desequilíbrio tenderia a se aprofundar quanto maior fosse a presença profissional nos hospitais, o que exigiria do gestor competências e instrumentos de gestão próprios.

**Buscando compreender melhor esta relação, a presente pesquisa buscou responder a seguinte questão:** os hospitais da região norte do Estado do Paraná estão estruturados como organizações profissionais e detêm os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional compatíveis com este tipo de organização ?

Ou seja, a pesquisa investigou o quanto os hospitais da região norte do Paraná estão marcados pela presença profissional, estão estruturados como organizações profissionais e contam com instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional. Buscando, também, estabelecer uma relação entre o comprometimento com a finalidade terapêutica, verificável através da amplitude da presença profissional, e uma maior complexidade da gestão administrativa, verificável através da presença de instrumentos de gestão utilizados para o controle do trabalho profissional, compatíveis com as necessidades destas organizações profissionais.

## **2 OBJETIVOS**

### **O objetivo geral deste trabalho foi:**

Identificar o grau de comprometimento dos hospitais da região Norte do Paraná com a finalidade terapêutica, verificando sua estruturação como organizações profissionais, e a utilização de instrumentos de gestão compatíveis com as necessidades deste tipo de organização.

### **Os objetivos específicos deste trabalho foram:**

- Descrever o contexto das organizações hospitalares do ponto de vista da sua finalidade, das relações de poder estabelecidas entre os diversos grupos profissionais atuantes e do contexto do financiamento da saúde;
- Caracterizar as organizações profissionais, caracterizar os hospitais como organizações profissionais entendendo as necessidades de controle do trabalho dos profissionais e os instrumentos de gestão decorrentes destas necessidades;
- Identificar os papéis do administrador de profissionais, relacionando estes papéis aos saberes necessários para que o administrador esteja apto a cumpri-los;
- Verificar se os hospitais da região Norte do Paraná estão organizados como organizações profissionais e utilizam os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional;

- Descrever a trajetória profissional dos gestores dos hospitais pesquisados, buscando estabelecer relações entre os papéis do administrador de profissionais, os saberes correlatos e a sua participação no processo de construção dos instrumentos de gestão necessários ao controle dos profissionais.

### 3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A consolidação do papel do hospital como instrumento terapêutico ampliou a presença profissional nos hospitais, transformando estas instituições em organizações tipicamente profissionais e produziu um aumento crescente da complexidade dos serviços médico-hospitalares oferecidos à população gerando, de forma permanente, necessidades de novos investimentos.

A limitação concreta dos recursos econômicos destinados à saúde impõe restrições a estes investimentos, exigindo que os gestores façam escolhas, que muitas vezes, desagradam os grupos profissionais, dos quais a organização depende para o cumprimento de sua finalidade, estabelecendo um permanente conflito de interesse.

Lidar com este conflito, protegendo os interesses econômicos dos hospitais, torna-se cada vez mais urgente e indispensável para a sobrevivência destas organizações.

Os riscos deste conflito vão muito além das questões de ordem econômica, pois a falta crônica de recursos financeiros compromete a capacidade assistencial destas organizações, uma vez que em situações de dificuldades financeiras extremas faltam insumos e pessoal qualificado para que a assistência ao paciente possa ser realizada com segurança.

Conhecer, deter e utilizar instrumentos de gestão para o controle do trabalho profissional torna-se indispensável para que o gestor hospitalar possa lidar com estes conflitos, estabelecendo e conduzindo a organização por novos ambientes tecnológicos e assistenciais minimizando os riscos de sobrevivência das mesmas.

Este trabalho de pesquisa torna-se relevante, na medida em que busca reunir meios que ajudem a compreender e viabilizar a profissionalização da gestão dos hospitais, processo indispensável ao estabelecimento do equilíbrio de forças no interior destas organizações.

Entender os hospitais do ponto de vista de suas características profissionais, suas necessidades de instrumentos de gestão e controle do trabalho profissional, distinguindo os papéis que estão reservados aos seus gestores, parece fundamental não apenas como contribuição à profissionalização da gestão destas organizações, mas principalmente como contribuição a formação profissional de futuros gestores pela identificação dos papéis do administrador de profissionais, que podem ser utilizados como subsídio para formulação de programas de capacitação.

## **CAPÍTULO 1**

### **4. O CONTEXTO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

A compreensão da importância do legado filantrópico, apresentado nesta seção, é parte fundamental da compreensão da cultura que permeia e envolve os hospitais brasileiros, nascidos no período colonial, a partir de um ideário filantrópico.

#### **4.1 AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E O LEGADO FILANTRÓPICO**

As obras de Misericórdia são da essência da condição humana. Enquanto houver humanidade elas permanecerão, igualmente atuais, igualmente necessárias. Em todo momento, de um modo ou de outro, ouviremos a mesma inquietante pergunta: que fizeste pelo teu irmão que sofre? (NOGUEIRA PINTO 2002, s.n.)

As organizações de saúde, tal qual as conhecemos, começaram a se estruturar, em Portugal, por volta do ano de 1479, com a reforma, que levou a fusão de 43 pequenos hospitais de Lisboa e região, resultando no Hospital de Todos os Santos e na criação do Hospital das Caldas da Rainha. A reforma foi concluída em 1514 com a publicação do Regimento das Capelas e Hospitais (GUIMARÃES, 1989. p. 103).

O Regimento que estabelecia as normas pelas quais as instituições assistenciais se pautariam, destacava os fins e a forma de administração das entidades, o Compromisso da Misericórdia, e se completava pela prescrição de funcionamento contida nos Regimentos dos dois Hospitais recém-criados (GUIMARÃES, 1989. p. 103).

A reforma se concretizou materialmente com a criação dos hospitais de Caldas da Rainha (1498) e Todos os Santos (1504); administrativamente se consubstanciou nos regimentos daqueles hospitais; e ideologicamente se instituiu com a fundação da Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia (1498) por iniciativa da Rainha D. Leonor de Lancaster (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, 2002,s.n.)

Esta instituição, conhecida por Confraria da Misericórdia de Lisboa regia-se pelo “compromisso”, que estabelecia as 14 Obras de Misericórdia, que os irmãos deviam praticar servindo de modelo a todas as Misericórdias de Portugal (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, 2002, s.n.).

Editado em 1516 o “Compromisso” podia ser de natureza espiritual ou corporal conforme segue:

- espiritual: ensinar os ignorantes; dar bom conselho; punir os transgressores com compreensão; consolar os infelizes; perdoar as injúrias recebidas; suportar as deficiências do próximo; orar a Deus pelos vivos e pelos mortos;
- corporal: resgatar cativos e visitar prisioneiros; tratar doentes; vestir os nus; alimentar os famintos; dar de beber aos sedentos; abrigar os viajantes e os pobres; sepultar os mortos (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO, 2002. s.n.).

Após a criação da Irmandade de Misericórdia de Lisboa, foram organizadas várias irmandades em Portugal, reunindo-se nelas, entre outros, os bens e atribuições dos hospitais existentes. Em 1525, ano da morte de D.Leonor, existiam em Portugal 61 Misericórdias, seguindo os moldes de Lisboa (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, 2002, s.n.).

No rastro da expansão ultramarina portuguesa, as Misericórdias constituíram-se em um dos sustentáculos da sociedade portuguesa colonial. Uma das tarefas destas instituições fora de Portugal era fazer chegar aos herdeiros,

residentes no Reino, as heranças daqueles que faleciam além mar (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, 2002,s.n.).

Segundo Guimarães (1989, p. 104) o Regimento das Capelas e Hospitais constitui-se num ato político-administrativo no campo assistencial:

- político porque estabeleceu como obrigação dos súditos se organizarem para prover as suas expensas, a assistência de que necessitassem os mais desfavorecidos;
- administrativo por subordinar as instituições assistenciais às normas e fiscalização governamentais.

A reforma assistencial representou uma das múltiplas faces da Renascença Portuguesa. Pela sua tradução normativa o Regimento das Capelas e Hospitais foi, e de uma certa forma continua sendo, a espinha dorsal da assistência institucionalizada no mundo lusitano por vários séculos.

No Brasil a primeira obra de Misericórdia foi construída em 1543, pelo colono Braz Cubas, que na Capitania de São Vicente criou o Hospital de Todos os Santos inspirando-se no nome do grande Hospital de Lisboa, e de certa forma rebatizando o povoado que, tornado vila em 1547, passou a se chamar Vila do Porto de Santos (IVANOTO, 2002, s.n.).

Na seqüência e em menos de um século surgiram no Brasil: a Santa Casa de Vitória-ES (entre 1545 e 1555); a Santa Casa de Olinda-PE (1560); a Santa Casa de São Paulo-SP (por volta de 1560); a Santa Casa de Ilhéus-BA (1564); a Santa Casa de Salvador-BA (entre 1549 e 1572); e a Santa Casa do Rio de Janeiro-RJ (1585) (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO, 2002. s.n.).

Os séculos seguintes viram proliferar organizações hospitalares inspiradas no espírito caritativo. Durante este período a hospitalização não representava a melhoria das condições técnicas de diagnóstico e tratamento,

conforme conhecemos hoje, mas tão-somente o acolhimento *dos deserdados da sorte, aqueles que, não possuíam meios, não se achavam em condições de realizar o tratamento em casa* (HOLANDA, 1985, p.153).

Podemos resumir a medicina desta época em muito poucas palavras. A cirurgia era o que poderia ser uma arte sem base anatômica, pois o preconceito contra as dissecções só cessaria no fim do século XV quando começam a funcionar, autorizadamente, os cursos com demonstração sobre o cadáver. A clínica era uma sutileza em torno dos caracteres do pulso e do aspecto da urina e todos os diagnósticos e prognósticos eram buscados na ciência da esfigmologia e uroscopia. A terapêutica ficava na “derivação”, na “revulsão” e na medicação chamada “alterante”. Do ponto de vista filosófico, a patologia possuía da Antiguidade o que lhe chegara por intermédio dos compiladores e o que lhe viera dentro da tradição mantida dos salernianos e universitários (NAVA, 2003, p. 38).

Segundo Guimarães (1989, p. 155), a Coroa só passou a atuar diretamente na área hospitalar quando isto se tornou indispensável para atender as necessidades das forças armadas.

Inicialmente, para alojar as tropas portuguesas que chegavam ao Rio de Janeiro em péssimas condições de saúde, a metrópole resolveu o problema *fazendo-se receber, pelos particulares e pelas famílias mais abastadas do Rio de Janeiro, os militares doentes que aqui abordavam* (NAVA, 2003, p.78). O descontentamento das famílias e as seguidas reclamações levaram a Coroa Portuguesa, a partir de 1582, a utilizar os serviços do precário hospital construído pela Ordem de Misericórdia, que precedeu a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, para internar os militares doentes.

Esta situação durou até 1702, quando a Coroa, pressionada mais uma vez pela Direção da Santa Casa de Misericórdia a reajustar os valores pagos anualmente por aqueles serviços, decidiu transferir os soldados enfermos para o Quartel das Naus, que adaptado, tornou-se o primeiro hospital autônomo para militares. As condições precárias destas instalações levaram à transferência do

mesmo para um edifício construído pelos jesuítas, que após a expulsão dos mesmos do país em 1760, vinha servindo de albergue às famílias necessitadas. O edifício remodelado se tornou sede do Hospital Real Militar e Ultramar conforme demonstram documentos de 1769 (NAVA, 2003, p. 81).

Com a instalação da corte no Rio de Janeiro, em 1808, tem início uma nova era para a saúde no Brasil, com implantação do ensino e do policiamento médico, incluindo o exercício profissional e medidas de higiene dos portos e de terra. A legislação conseqüente destes atos definiu a competência da Coroa em matéria de saúde; a assistência à saúde pessoal continuava a cargo das Misericórdias (GUIMARÃES, 1989, p. 109).

Com a abolição da escravatura em maio de 1888, e a chegada de imigrantes europeus, tem início o processo de industrialização, que fez surgir e crescer o contingente de empregados assalariados.

Após a 1ª Guerra Mundial a reação do operariado brasileiro às péssimas condições de trabalho levou à promulgação da Lei Eloi Chaves (1923). Esta lei, que criou as CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões, constitui-se no marco inicial da Previdência Social no Brasil tornando a responsabilidade pela assistência médico-hospitalar, antes uma exclusividade das comunidades através das Misericórdias, uma responsabilidade a ser compartilhada com as empresas, a partir de então, responsáveis pela assistência de seus trabalhadores e familiares (NICZ, 1989, p. 165).

A compensação pelos quatro séculos em que as Santas Casas de Misericórdia foram as principais responsáveis pela assistência médico-hospitalar do país, está consolidada na Constituição Federal com a preferência dada às entidades

filantrópicas<sup>6</sup> na assistência a saúde (BRASIL, 1988, p. 133), no gozo de isenções de impostos municipais, estaduais e federais e na possibilidade de receber doações de recursos públicos e privados.

Na próxima seção, busca-se descrever o processo de ingresso do médico nos hospitais, fenômeno responsável pelas características atuais destas organizações.

## 4.2. O MÉDICO E O HOSPITAL

Como visto na seção anterior, as organizações hospitalares no Brasil nasceram sob a influência católica portuguesa e, por conseguinte, sob a influência da medicina praticada naquelas paragens. Segundo Nava (2003, p.39) a medicina em Portugal, nos séculos XII e XIII, era exercida pelos eclesiásticos, naturalmente influenciados por sentimentos de solidariedade mística, útil à caridade, mas de pouco resultado no progresso verdadeiramente científico da medicina. Segundo Foucault (1979, p. 101):

---

<sup>6</sup> **Conceito de organização filantrópica** As organizações filantrópicas são entidades privadas, sem finalidade lucrativa, que gozam de regime fiscal diferenciado (BRASIL, 1988, p. 103) e de preferência como prestadoras de assistência a saúde através do Sistema Único de Saúde-SUS complementarmente as organizações públicas de saúde (BRASIL, 1988, p. 133). Considera-se entidade sem finalidade lucrativa a que não apresente *superávit* em suas contas ou, caso apresente em determinado exercício, destine o resultado, integralmente, à manutenção e ao desenvolvimento de seus objetivos sociais. São requisitos estatutários para o gozo das imunidades fiscais: a) não remunerar seus dirigentes, por qualquer forma, pelos serviços prestados. Inclusive quando não relacionados com a função ou cargo de direção; b) aplicar integralmente seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais; c) assegurar a destinação de seu patrimônio a outra instituição que atenda às condições para gozo de imunidade, no caso de incorporação, fusão, cisão ou de encerramento de suas atividades, ou a órgão público (COAD, 2001, s.n.).

[...] o hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana no ocidente, desde a idade média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar.

As implicações da caridade cristã do povo português, que levada por cada indivíduo ao superlativo podia transformar o desejo de ser útil no exercício da medicina empírica, devem ser consideradas para o entendimento da extensão adquirida pela medicina popular em Portugal (NAVA, 2003, p. 40).

A despeito da intensa renovação dos conhecimentos médicos em curso, conforme Maximiano Lemos (apud NAVA, 2003, p. 40) a medicina, que predominava em Portugal no período do descobrimento *é uma medicina mística, tendente a minorar os sofrimentos da alma mais que a socorrer decididamente os padecimentos do corpo.*

Para Nava (2003, p 40), a influência médica da metrópole sobre o Brasil não se deu pela erudição qualificada dos físicos e cirurgiões portugueses, mas pelos conhecimentos da medicina popular possuídos pelos navegadores, imigrantes, degredados, e padres que aqui aportaram logo a seguir do descobrimento.

Durante todo o período em que as Santas Casas dominaram o cenário hospitalar no Brasil, a disponibilidade de recursos hospitalares era extremamente limitada, a estrutura física e os recursos técnicos e humanos existentes limitavam as possibilidades de assistência. A atividade médica ocorria de modo individualista e paralelo à atividade hospitalar.

Os pacientes que dispunham de boas condições econômicas, não freqüentavam os hospitais, *onde havia, em geral, penúria e falta de asseio* (HOLANDA, 1985, p.153) preferiam ser atendidos em suas casas, local em que desfrutavam de melhores condições de alojamento e alimentação e onde podiam ter acesso à medicação e a assistência médica disponível na época.

A assistência prestada nas Santas Casas de Misericórdia era mais espiritual do que física, praticavam a enfermagem, no Brasil colonial, *negros ou brancos de ínfima condição social, autênticos veículos de disseminadores de germes, de um para outro paciente (HOLANDA, 1985, p. 153).*

Eram poucos os médicos e cirurgiões, que vinham para o Brasil e, em geral residiam nas sedes das capitâneas onde se atinham a assistir os representantes da corte portuguesa e os militares. Praticamente inexistiam no resto do país, *médicos que possuam a ciência e o caráter são geralmente os últimos a se estabelecerem num país relativamente novo (Luccock, apud Holanda, 1985, p. 152).* Em 1789, na cidade do Rio de Janeiro havia apenas quatro médicos (NAVA, 2003, p. 47).

A prática médica estava restrita portanto, a relação pessoal do médico com seu paciente, que ocorria principalmente nas residências das pessoas de posses.

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico como tal, ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas e públicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado. (FOUCAULT, 1979, p.102).

A chegada da corte portuguesa constitui-se num marco para a medicina brasileira pela implantação do ensino médico. Com a chegada da corte foram abertas a Escola de Cirurgia da Bahia em 18 de fevereiro de 1808 e a Escola Médico-Cirúrgica Brasileira no Rio de Janeiro em 05 de novembro do mesmo ano, anexa ao Hospital Real Militar e Ultramar (NAVA, 2003; GUIMARÃES, 1989).

O Hospital Real Militar e Ultramar, criado para atender as necessidades militares da época, destaca-se dos demais por não ser um simples ajuntamento de doentes, como freqüentemente pareciam os hospitais da época. Conforme descreve NAVA (2003, p. 82):

[...]. temos provas nas notícias que ficaram da elaboração de suas dietas, procedidas por uma comissão reunida em 1775 e do pessoal nele empregado, que contava em 1779 com um quadro onde figuravam um cirurgião-mor, um cirurgião de banco, dois médicos, um boticário, um administrador, um mordomo, um comprador, doze enfermeiros e dois capelães.

Como é possível observar, até fins do século XIX, o ensino médico se restringia a poucas capitais brasileiras concentrando nestas os principais recursos assistenciais. Um grande número de cidades dependia dos hospitais, dirigidos pelas Irmandades de Misericórdia, e em vastas extensões do território nacional não havia qualquer tipo de recurso médico-hospitalar, deixando espaço para todo o tipo de charlatães e curandeiros (NAVA, 2003, p.152).

[...] por mais rudimentar, por mais tosco, por mais incipiente que fosse o socorro médico prestado nas casas do enjeitados, nos orfanatos, nos lazaretos, nas prisões, nas Ordens Terceiras, nas Misericórdias, e nos Hospitais Militares que foram pouco a pouco se afundando pelo Brasil - sempre seria o mesmo, por comparação, prática menos nociva e exercício mais aproveitável (NAVA, 2003, p. 154).

A participação efetiva dos médicos no ambiente hospitalar, no Brasil, só se intensificará com a chegada do século XX, através do fortalecimento do ensino médico, consolidando-se ao longo da primeira metade deste século, quando o progresso tecnológico obriga a prática de uma medicina de âmbito hospitalar (GUIMARÃES, 1989, p.108).

## **A migração do poder médico do espaço privado para o espaço público**

De um modo geral, foram às necessidades econômicas, que condicionaram as profundas alterações, nas relações de poder e autoridade, pelas quais os hospitais passaram no século XIX. De um lado a necessidade de conter o contrabando de mercadorias trazidas das colônias, que acontecia no âmbito dos hospitais marítimos e de outro a necessidade de preservar as vidas dos soldados, cujo treinamento e preparação representavam um grande investimento para as nações, levou à introdução de mecanismos disciplinares nestes hospitais promovendo a sua reorganização (Foucault, p. 103:105). Esta reorganização não se deu a partir de alguma técnica médica, mas a partir da introdução da disciplina. A disciplina se constitui no principal diferencial do hospital medieval para o hospital pré-moderno.

Segundo Foucault (1979, p. 105), a disciplina é *uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII* como resposta a necessidades de organizar a distribuição espacial dos indivíduos, o desenvolvimento e o resultado de suas ações.

Para Foucault (1979, p 106) a disciplina implica em registro contínuo das ações permitindo, que nenhum detalhe escape ao controle do *“cume da pirâmide disciplinar”*. Conforme o autor:

[...] no sistema clássico o exercício do poder era confuso, global e descontínuo. Era o poder do soberano sobre grupos constituídos por famílias, cidades, paróquias, isto é por unidades globais, e não um poder contínuo atuando sobre o indivíduo.

A introdução da disciplina proporciona a transformação do sistema de poder nas organizações hospitalares. Segundo FOULCALT (1979, p. 109):

Até meados do século XVIII quem detinha o poder era o pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas. O médico era chamado para os mais doentes entre os doentes, era mais uma garantia, uma justificação, do que uma ação real.

No hospital moderno, reconhecido como instrumento terapêutico, o papel do médico ganha relevância, reorganizando e condicionando novas relações de poder. É neste período, que a profissão da enfermagem se organiza e passa a ocupar papel preponderante na introdução e execução da disciplina nos hospitais.

### **Enfermagem e disciplina - os pilares do hospital moderno**

O surgimento da enfermagem, como atividade profissional institucionalizada, data do final do século XIX. Nos séculos anteriores, enclausurada em hospitais, transformados em verdadeiros depósitos de doentes, a enfermagem permaneceu desarticulada, sendo considerada um serviço doméstico exercido por mulheres de baixo padrão moral.

Da mesma forma que necessidades econômicas levaram a introdução da disciplina nas organizações hospitalares - ampliando o poder do médico - o exercício cotidiano desta disciplina foi responsável pelo surgimento da enfermagem moderna.

Um marco nesta transformação é a atuação da enfermeira Florence Nightingale (1820-1910) na guerra da Criméia, deflagrada em 1854, na qual Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia. Uma grande mortalidade

entre os soldados ingleses, em torno de 40%, leva Florence a organizar um grupo de voluntárias que, com o apoio e patrocínio do Ministro da Guerra da Inglaterra, vão trabalhar no *front*. O grupo trava um trabalho exaustivo, em condições extremamente precárias conseguindo derrubar a mortalidade para 2% (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 2005).

O resultado do trabalho é tão impressionante, que de volta a Inglaterra, em 1856, Florence dá início a mais uma grande obra, a criação de uma escola de enfermagem. Adotando uma rígida disciplina, do tipo militar, exigia qualidades morais e extrema dedicação das candidatas, o curso tinha um ano de duração e era ministrado por médicos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 2005).

A Escola de Enfermagem instalada em Londres, no Hospital Saint Thomas, em 1859, tornou-se um exemplo para outras escolas fundadas posteriormente. Nestas primeiras escolas o médico era, de fato, a única pessoa qualificada para ensinar, cabendo a ele decidir sobre as funções que caberiam as enfermeiras (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 2005).

Florence morreu em 13 de agosto de 1910, deixando escritas as primeiras normas sobre como construir e administrar hospitais, dentre diversas outras contribuições, que ajudaram a constituir o hospital moderno (BROWN, 1993).

### **As questões urbanas e o surgimento da medicina sanitária (sanitarista)**

Conforme ocorreu no restante do mundo ocidental, o processo de aglomeração em torno das cidades, decorrentes inicialmente do comércio e

posteriormente da industrialização, piorou substancialmente as condições sanitárias, colocando em risco a sobrevivência da população nestes aglomerados humanos.

Como resposta nasce um novo tipo de medicina, voltado às questões ambientais, chamada de medicina urbana e que tem por objetivo *a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano* (FOUCAULT, 1979, p. 90).

Para Foucault (1979, p.92), o desenvolvimento da medicina urbana e a conseqüente medicalização da cidade foram importantes para o desenvolvimento da medicina, pois levaram ao contato desta profissão com as ciências “*extras-médicas*”, especialmente a química, responsáveis por inserir a prática médica num *corpus* de ciência físico-química, estabelecendo as bases da medicina científica, que é praticada nos dias de hoje.

No final do XIX as condições sanitárias brasileiras eram de um modo geral precárias. Nas grandes cidades grassavam doenças vindas com estrangeiros. A varíola e muitas outras trazidas por brancos e negros desde o primeiro século da colonização, seguiram as trilhas de ocupação do território, vitimando as populações nativas (NAVA, 2003, p. 105:108).

A importante atuação dos médicos sanitaristas, especialmente de Oswaldo Cruz, no controle de epidemias espalhadas pelo país no início do século XX, estabelece no país a medicina social, voltada aos interesses coletivos e entendida num contexto de responsabilidade do estado, proporcionando as condições para a construção da previdência social e da assistência médico-hospitalar existente hoje no país.

## O cenário atual

O século XIX, apesar de todas as dificuldades observadas no setor de saúde, pode ser considerado o século de preparação para o intenso desenvolvimento, que acontecerá no século XX, na área da assistência médico-hospitalar no Brasil e no Mundo de um modo geral. *Os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica nos fins do século XIX e início do século XX revolucionaram o papel e as funções do hospital* (TEIXEIRA, 1989, p. 20).

A introdução de recursos exclusivos ao âmbito hospitalar, tal como o aparelho de Raios X, fará do hospital um local de diagnóstico e tratamento obrigatório também para a população de maior poder aquisitivo. *O progresso tecnológico, obrigando a prática da medicina dentro do âmbito hospitalar, favoreceu a ampliação de estabelecimentos visando lucro* (GUIMARÃES, 1989, p. 108).

A afirmação do hospital como tecnologia médica leva a radical migração do exercício da prática médica dos domicílios particulares para esta organização. Podemos afirmar que os hospitais, a partir de então, vão se caracterizar, mais do que nunca, como um território dos médicos.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 1979, p. 109).

No rastro do processo da industrialização, especialmente intenso na cidade de São Paulo, o desenvolvimento médico-hospitalar se intensificará a partir da terceira década do século XX, quando serão criados, naquela cidade, os Hospitais São Paulo da Escola Paulista de Medicina - EPM, 1937, e das Clínicas da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, 1944, ambos, hospitais de ensino (GUIMARÃES, 1989, p. 114).

Confirmando as tendências da nova responsabilidade assumida pelos médicos, foi criado em 1951, dentro da Faculdade de Saúde Pública da USP, o primeiro curso de pós-graduação em administração hospitalar (CAMPOS, 1976, p. 29). É importante salientar, que a criação deste curso, e de outros que vieram a seguir, era direcionada ao público médico, o que de certa forma ajudou a ampliar o campo de ação para estes profissionais no ambiente hospitalar.

Na esteira dos cursos criados por iniciativa das escolas médicas surgem cursos direcionados a formação de administradores hospitalares na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, na UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto e em entidades religiosas como a da Ordem dos Camilianos, localizada em São Paulo (CAMPOS, 1976, p. 29).

Estas iniciativas coincidem com a tendência do período pós-guerra de formar administradores para uma economia em franca expansão, que se consubstanciou com a criação, em 1954, da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (EAESP/FGV).

As escolas de medicina e de administração, localizadas nas grandes cidades brasileiras, influenciaram de forma positiva na modernização dos antigos hospitais. Entretanto, no Brasil, este processo de transformação não se deu de forma linear. Nem ocorreu aqui o banimento que Foucault descreve, referente a este período na Europa: *“A partir de então, a forma de claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente”* (FOUCAULT, 1978, p. 109).

Aqui as influências religiosas, o legado das organizações filantrópicas, e as influências do hospital moderno (medicalizado), fomentada a partir dos hospitais-escola, conviveram, lado a lado, por todo século XX. Frequentemente em uma mesma instituição estas influências aparecem na forma de poderes concomitantes e paralelos.

O entendimento da transição de paradigmas pode constituir-se em importante ajuda para a compreensão da complexidade da gestão das organizações hospitalares, permitindo uma melhor compreensão dos conflitos, que se estabelecem nestas organizações, da necessidade do conhecimento e da utilização de instrumentos de gestão apropriados.

#### **4.3. DUALIDADE DE PODER E GOVERNANÇA EMPRESARIAL**

O ingresso definitivo dos médicos no ambiente hospitalar afetou profundamente a finalidade original dos hospitais. De locais onde, por compromisso de fé, religiosos e leigos se uniam para prover conforto espiritual e físico a moribundos e deserdados da sorte (HOLANDA, 1985, p.153), o hospital é entendido hoje como uma organização complexa, que se constitui como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna (CARAPINHEIRO, 1998, p. 45).

A transição de paradigma, que deslocou a finalidade do hospital de local de exercício de compromisso religioso, para um local de produção de saber médico e prática da medicina moderna não se deu de forma natural ou pacífica. Com

efeito, observa-se, durante todo o século XX, a influência desta transição na gestão dos hospitais.

Os valores religiosos, fortemente impregnados nas organizações hospitalares filantrópicas, continuam por condicionar seus objetivos. O texto de boas-vindas, que aparece na Internet, no *site* da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, de autoria de sua Provedora Maria José Nogueira Pinto é um bom exemplo da presença destes ideais nestas organizações:

As obras de Misericórdia são da essência da condição humana. Enquanto houver humanidade elas permanecerão, igualmente atuais, igualmente necessárias. Em todo momento, de um modo ou de outro, ouviremos a mesma inquietante pergunta: que fizeste pelo teu irmão que sofre? (NOGUEIRA PINTO, 2002, s.n.).

Para Nava (2003, p. 47), os ideais que caracterizam a assistência caritativa levam a uma inversão de valores, o enfermo deixa de ser o foco da atenção para tornar-se um meio de exercício da fé para leigos e religiosos que atuam nos hospitais:

[...] critério que hoje está caduco e que encerra um erro grave quando tomado de um ponto de vista exclusivo. Porque a assistência ao doente não deve ser colocada sobre a base única da solidariedade cristã, da concessão graciosa, em que o enfermo deixa de ser a finalidade para transformar-se no intermediário, no instrumento do exercício da virtude, tantas vezes farisaica, do que pode distribuir as sobras de sua abundância (NAVA, 2003, p. 47).

A presença médica impõe, como finalidade do hospital, o papel terapêutico tal qual está expresso no juramento de Hipócrates:

Juro por Apolo, o curandeiro, por Esculápio, pela saúde e todos os poderes de cura .... que empregarei toda a minha capacidade e conhecimentos para ajudar os doentes. (HIPOCRATES, apud FACER: MCINTOSH, 1996, p.26).

A finalidade terapêutica, resultante do processo de medicalização dos hospitais, produz mudanças, que gradativamente melhoram as condições de atendimento hospitalar, impulsionando não apenas a melhora da capacidade de resolução dos problemas de saúde, como também a perda gradual de poder das diretorias leigas.

O gradual ganho de poder dos médicos, e a eterna busca de melhores condições para o exercício desta profissão, obrigam os hospitais a constantes investimentos em tecnologia, aumentando substancialmente o custo de seus serviços.

No Brasil, eram poucas as organizações hospitalares, que estavam preparadas para o substancial aumento dos custos impostos pelo desenvolvimento científico do último século, e, obviamente, muitas diretorias religiosas e leigas culpavam os médicos pelo aumento destes custos. Visto desta maneira é possível entender o permanente desentendimento entre médicos e administração nos hospitais como a face aparente de um conflito de finalidades.

O desenvolvimento da medicina científica com o conseqüente impacto social, pelas ações do sanitarismo no espaço urbano e pela melhora da qualidade e da expectativa de vida das pessoas, proporcionou enorme poder social a profissão médica.

### **O hospital como organização burocrática**

A expectativa gerada pelo impacto da tecnologia médica nas sociedades modernas alterou a clientela dos hospitais, atraindo classes sociais mais exigentes e com expectativas de qualidade frente a desempenho médico e ao

hospital. O hospital passou a ser encarado como um local de alta tecnicidade que, portanto, deve ser organizado com racionalidade e eficácia. Para Carapinheiro (1998, p.45) estes processos de mudanças:

[...] solicitam o abandono de fórmulas ancestrais de gestão hospitalar, tornando-a mais flexível à emergência de novas estruturas de poder e a novos rearranjos na relação de forças entre os diversos grupos profissionais que se movimentam pelo hospital.

Conforme os hospitais começam a dar respostas administrativas a estes processos de mudanças, mais se aproximam de um modelo burocrático de administração profissional. Para Carapinheiro (1998, p. 46), embora o hospital como organização burocrática e complexa detenha alguns traços, que são conformes ao tipo-ideal de Weber<sup>7</sup>, estudos sociológicos anglo-saxões têm demonstrado que o hospital moderno difere, em muitos aspectos, deste tipo ideal.

Conforme Carapinheiro, estes estudos evidenciam, como traço específico da organização hospitalar, o poder e a autonomia profissional dos médicos, apesar da existência da estrutura administrativa burocrática, caracterizando um “sistema dual de autoridade” (GOSS, 1963; SMITH, 1970, apud CARAPINHEIRO, 1998, p.46).

---

<sup>7</sup> O tipo-ideal de burocracia racional foi construído por Weber. (apud CARAPINHEIRO, 1998, p.46) pressupondo a emergência do estado moderno, da economia capitalista de mercado e de um sistema de educação universal que fornecesse as bases para uma formação especializada, em suma, a emergência da forma capitalista de racionalidade social que exigia para a sua realização histórica, a organização burocrática moderna.

Para Weber a burocracia apresenta-se como uma organização racional de posições hierárquicas, caracterizada por autoridade hierárquica, divisão do trabalho com base em competências especializadas regras sistemáticas e impessoalidade. Constitui a base principal de uma administração estável mais do que de uma administração eficiente.

Quinto Neto (2000, p. 9), ao discutir os termos de uma aliança necessária entre os médicos e os hospitais, para reduzir os custos dos serviços hospitalares e melhorar as condições de negociação com o terceiro pagador<sup>8</sup>, aponta a autonomia destes profissionais como um fator de incerteza e conflito que dificulta esta aliança:

Os médicos precisam reposicionar-se diante de si mesmos e da sociedade, não como sacerdotes que executam ações sem interesse financeiro, mas como qualquer outra profissão que tem o propósito de ser a fonte de sustendo de quem a exerce. Conseqüentemente, não são nem mais nem menos diferentes de outras profissões no que concerne ao ganho financeiro decorrente do trabalho realizado. Entretanto, há uma diferença crítica - o grau de autonomia é incomparavelmente maior que em outras profissões, e isto representa uma fonte potencial de conflitos quando se discute medidas de gerenciamento de utilização. (QUINTO NETO, 2000, p.9)

Ou seja, para reduzir os custos do atendimento médico-hospitalar, garantindo uma melhor distribuição dos recursos financeiros destinados à saúde, é necessário disciplinar a utilização de materiais, medicamentos e equipamentos, o que é impossível sem o consentimento dos médicos, expresso através da redução voluntária de sua autonomia profissional.

Para Quinto Neto (2000, p.9), o comportamento usual em que os médicos não abrem mão de sua autonomia na utilização destes recursos, enquanto o hospital, buscando defender seus interesses imediatos, realiza negociações isoladas, que beneficiam ora o hospital, ora o médico, levando este conflito para as

---

<sup>8</sup> Terceiro pagador - corresponde a qualquer instituição, pública ou privada, que paga ou garante as despesas com cuidados de saúde ou médicos para os seus beneficiários. O cliente corresponde ao primeiro pagador e os prestadores de serviços ao segundo pagador (QUINTO NETO, 2000, p.7).

portas do hospital, onde alguns pacientes se tornam mais desejáveis que outros, de acordo com aquele a quem cabe decidir no momento do ingresso, comprometendo a relação médico-paciente como também a relação hospital-paciente, enfraquecendo ambos frente a sociedade e fortalecendo o terceiro pagador.

Desta forma, coexistem em um mesmo hospital, numa permanente relação de conflito, dois princípios de autoridade. Conforme o conceito de Weber<sup>9</sup> (apud CARAPINHEIRO, 1998, p.46), a natureza destes princípios se identifica com autoridade racional-legal, que *envolve a obediência a regras formais estabelecidas* por procedimentos legais regulares, através de uma máquina judiciária e administrativa, no caso da autoridade que emana da administração; e se identifica da autoridade carismática, exercida por quem é capaz de demonstrar, que possui um “carisma” e obedecida por quem acredita no caráter extraordinário do líder que detém este carisma, no caso da autoridade que emana do corpo médico.

---

<sup>9</sup> Para Weber (apud CARAPINHEIRO, 1998, p.46), a autoridade racional-legal é a forma de autoridade característica das sociedades modernas. Envolve obediência as regras formais estabelecidas por procedimentos legais regulares, através de uma máquina judiciária e administrativa. No contexto da burocracia, uma ordem é considerada legítima e é obedecida se emanar da fonte de autoridade correta, de acordo com procedimentos apropriados e sob regras adequadas. Assim, a autoridade dos superiores hierárquicos não depende da tradição nem do carisma, mas do consenso relativamente à validade das regras que regulam os procedimentos.

A autoridade tradicional é uma forma de autoridade que envolve a obediência a regras que corporizam o costume e as práticas ancestrais. A legitimidade não decorre da razão ou de regras abstratas, mas da crença no valor da antiguidade e da sabedoria que lhe é inerente e que transcende a razão humana.

As relações de autoridade constituem-se em relações diretas entre quem detém este tipo de autoridade e quem lhe obedece.

A autoridade carismática é exercida por quem é capaz de demonstrar que possui um “carisma” e é obedecida por quem acredita no caráter extraordinário do líder que detém este carisma.

A emergência do líder carismático traz consigo o conflito inevitável com a autoridade tradicional e racional, pois acarreta uma profunda transformação das tradições e regras estabelecidas.

Este quadro tende a se tornar cada vez mais complexo, pois de um lado coexistem várias medicinas hierarquizadas e separadas entre si, de outro multiplicam-se profissões não médicas em diversas modalidades terapêuticas, e finalmente, o hospital se profissionaliza passando a contar com diversas formações de nível técnico superior em funções administrativas.

Esta complexa “babel” de formações e interesses profissionais e pessoais é descrita por Gonçalves (1998, p.82), como um local em que *ocorrem tensões de natureza grupal e profissional*, o autor atribui estas tensões, especialmente àquelas relacionadas ao corpo clínico a *preparação acadêmica para estar capacitado a exercer, a cada momento, decisões que envolvem a vida e a morte das pessoas*. Efetivamente, a argumentação mais comum utilizada pelos médicos para convencer outros profissionais das suas necessidades materiais frente a um determinado tratamento é que a falta destes recursos colocará em risco a vida de seu paciente, muitas vezes tornando os demais profissionais da equipe reféns de suas necessidades.

Em cada situação, há indivíduos que, por sua personalidade ou atividades que exercem, assumem papéis de liderança e influência. É uma situação natural, aceita pelos outros e que influencia diferentes grupos, envolvidos em diferentes relacionamentos. É essencial, contudo, que o ambiente não se transforme num teatro lírico, em que algum Pavarotti pretenda dominar todo o elenco (GONÇALVES, 1998, p. 82).

Desta forma se estabelecem tensões entre aqueles, que estão no comando da operação junto aos doentes e aqueles, que devem prover as condições materiais para que esta operação se torne possível e sustentável. Para Perrow (apud CARAPINHEIRO, 1998, p. 59), *os grupos que controlam a organização, em cada momento, são os que desempenham tarefas mais difíceis ou críticas*. Para o autor as tarefas mais difíceis são aquelas *que não podem ser rotinizadas, nem*

*atribuídas a pessoas com baixos níveis de qualificação e as tarefas críticas são de um lado, aquelas sem as quais a organização não poderia funcionar, e de outro que representam o problema mais importante que a organização enfrenta num determinado estágio de seu desenvolvimento.*

À semelhança da situação descrita por Carapinheiro (1998, p. 59) sobre os hospitais portugueses, também no Brasil os médicos e administradores são os dois grupos, que detém as tarefas mais difíceis e críticas no hospital. De um lado aos médicos constituem a própria justificativa para a existência do hospital moderno, e de outro, os altos custos envolvidos na manutenção e reposição tecnológica nestas organizações obriga, cada vez mais, que se profissionalize a gestão. Entretanto, mais do que cada grupo ser capaz de realizar o seu trabalho, parece claro, que é fundamental que os grupos possam se entender, dentro de uma perspectiva de sustentação e crescimento da atividade da organização.

Carapinheiro (1998, p. 61), chama a atenção para a permanente necessidade de negociação entre os grupos dominantes, descrita como *a necessidade do acordo consensual sobre objetivos claramente enunciados, como uma condição essencial para o compromisso e o empenhamento de todos os membros para com as atividades da organização* (1998, p. 61).

A perspectiva permanente de negociação entre os diversos grupos é descrita por Carapinheiro (1998, p. 61), como a *perspectiva da ordem negociada*. Por esta perspectiva é possível elaborar e reelaborar compromissos indispensáveis à sustentação da organização, tão ou mais importantes que as regulamentações, contratos e estatutos nos quais estão formalizadas as bases da organização.

A ordem negociada, descrita inicialmente por Strauss et al (apud CARAPINHEIRO, 1998, p. 62), conforme pesquisa realizada em dois hospitais

psiquiátricos, é considerada por Carapinheiro especialmente adequada para o estudo dos hospitais por ajudar na compreensão do papel da negociação na evolução das organizações profissionais.

### **O papel do administrador de profissionais na ótica da ordem negociada**

O papel da autoridade carismática, exercida principalmente pelo corpo médico, pode ser um fator de desagregação no processo de negociação se a autoridade racional-legal não conhecer o seu papel para a garantia do processo de negociação. Para Mintzberg (2001, p. 275), esta autoridade racional-legal é representada pelo administrador de profissionais, que embora não possa controlar os profissionais diretamente, exerce uma série de papéis, que lhe proporcionam poder indireto considerável. Para o autor, cabe a este administrador lidar com as perturbações produzidas pelas diversas tensões profissionais na estrutura da organização como também diversos papéis na fronteira da organização, representando a organização nas negociações com financiadores, governos e associações profissionais.

Para que se estabeleçam negociações adequadas, que concorram para os objetivos da organização, este administrador deve ser reconhecido como capaz de proteger a autonomia destes profissionais, amortecendo-os das pressões externas, ao mesmo tempo angariando o apoio externo moral e financeiro (MINTZBERG, 2001, p. 275).

Parece natural que este administrador de profissionais deva estar preparado para estas tarefas e que estas tarefas lhe sejam atribuídas pela alta

cúpula da organização, entretanto estas condições dependem fundamentalmente do estilo de governança empresarial predominante na organização hospitalar.

### **A perspectiva da ordem negociada no contexto de governança empresarial tipicamente latino americano das organizações hospitalares brasileiras**

Considerando o hospital como um local altamente profissionalizado, que reúne uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e diferentes posições hierárquicas com um dia-a-dia marcado por um estado de permanente negociação, como estabelecer uma ordem negociada quando nem todos os atores compreendem a importância deste funcionamento característico para a manutenção da organização?

A governança empresarial, presente em boa parte dos hospitais brasileiros, tem sua origem histórica nas organizações filantrópicas, formadas por membros de uma mesma coletividade familiar ou religiosa e governadas através de estatutos próprios. O estudo da formação original destas organizações e de seus estatutos demonstra o quanto às mesmas tendem a ser fechadas e refratárias ao ingresso de novos associados:

Art. 5º - A admissão à categoria de sócio efetivo far-se-á por deliberação do Conselho Superior, mediante aprovação pela maioria simples de seus membros, presentes a reunião.

Parágrafo único - A admissão à categoria de sócio efetivo deverá ser precedida por proposta encaminhada ao Conselho superior, assinada por dois sócios fundadores e/ou efetivos, admitidos há mais de um ano. (SANTA CASA DE PARANAÍ, 1995, s.n.).

O envelhecimento do grupo original e a alteração das motivações individuais frente à organização, fazem surgir conflitos de interesses no seio da alta

cúpula. As dificuldades de renovação do grupo dirigente, o desinteresse ou a morte de alguns associados e a hipertrofia de poder de outros podem resultar em confronto político, rompimento com os interesses comunitários e institucionais e finalmente em abandono da instituição.

Embora as instituições pertençam à comunidade e se reportem a ela cada vez que se vêem em dificuldades econômicas, a legislação referente às organizações filantrópicas no Brasil não prevê a participação de membros desta comunidade na gestão ou fiscalização das atividades da organização<sup>10</sup>. Para compreender as razões deste fechamento, é preciso conhecer a cultura organizacional destas organizações, e considerar o contexto em que as mesmas se desenvolveram.

As organizações hospitalares, a exemplo das demais empresas latino-americanas, nasceram em um ambiente aristocrático e a governança empresarial resultante deste processo reflete esta origem. Segundo Bertero (2000, p. 429), o contexto em que nasceram às empresas latino-americanas:

[...] é de formação aristocrática e, portanto oligárquica e nucleada; o controle empresarial é prioritário e altamente prezado; empresas na área têm sido tradicionalmente controladas por uma família, ou grupos familiares aparentados, e isto implica quase sempre que os acionistas sejam, diretores e conselheiros e assembleias gerais, conselhos de administração e diretorias se tornam meras formalidades jurídicas a serem ritualisticamente executadas.

---

<sup>10</sup> Esta questão legal, referente à participação social na regulação de organizações sem finalidade lucrativa, sofreu alterações a partir da aprovação da Lei 9.790/99 Conhecida como a “nova lei do terceiro setor” que se conceitua no primeiro passo da reforma legal para regular as ações entre Estado e Sociedade Civil no Brasil visando enfrentar a pobreza e a exclusão social. A nova lei cria as OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e amplia a área de atuação destas entidades abarcando: cultura; defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; segurança alimentar e nutricional; defesa, preservação e conservação do meio ambiente; desenvolvimento sustentável; voluntariado; educação gratuita; saúde gratuita; e outros.

As irmandades católicas, grupos comunitários, irmandades protestantes e famílias tradicionais, transformados em agentes da governança empresarial nas organizações filantrópicas, comportam-se à semelhança das organizações latino-americanas anteriormente descritas, como grandes famílias onde associados e gestores são as mesmas pessoas, e assembleias e conselhos mera formalidade legal. Os profissionais contratados, quando existem, estão subordinados aos interesses claros e inequívocos de quem os contratou.

A não obrigatoriedade de participação legal de representantes de entidades públicas ou de classe nos conselhos destas entidades, como ocorre em países de origem anglo-saxônica (BERTERO, 2000, p. 434), reforça a idéia que a governança empresarial nestas organizações é um assunto privado (BERTERO, 2000, p.442): pouco interessa a atores localizados fora do âmbito das irmandades ou das famílias associadas. Esta forma de funcionamento contribui para a proteção de seus membros e aparentados e criação de redes de favorecimento.

O protecionismo estatal expresso em um conjunto de leis, que favorece estas instituições fornece a cobertura econômica necessária à manutenção desta situação.

A desorganização administrativa, promovida pelo amadorismo e o conflito de interesses é oportuna uma vez, que consubstancia o discurso permanente de colapso financeiro, alimenta o mito de falta de recursos para a saúde e mantém o afluxo de dinheiro a fundo perdido para o setor filantrópico.

A obrigatoriedade de ingresso de diversos grupos profissionais nestas organizações, por imposição legal ou de distinção tecnológica, a sua estrutura complexa administrada de forma amadora e a ausência de agentes reguladores externos gera uma rede de favorecimentos, que privilegia os mais

diversos interesses, dificultando o desenvolvimento de uma ordem negociada pela absoluta falta de objetivos institucionais pelos quais trabalhar.

A forte influência das organizações filantrópicas no cenário hospitalar e sua governança empresarial baseada em relações familiares, podem ser consideradas como um dos fatores responsáveis pela morosidade da profissionalização da gestão destas organizações e conseqüentemente pela dificuldade do estabelecimento de uma ordem negociada favorável ao necessário desenvolvimento da rede hospitalar brasileira.

O panorama apresentado mostra, que no hospital filantrópico contemporâneo, convivem idéias contraditórias, valores de mercado, dogmas religiosos, interesses profissionais, que precisam ser enfrentados com coragem e transparência para viabilizar sua administração, melhorar as condições e a qualidade dos serviços prestados a comunidade.

Diante da importância das organizações filantrópicas para o setor de saúde brasileiro, parece indispensável melhorar as condições de governabilidade destas instituições, conferindo transparência e agilidade aos processos administrativos, condição indispensável para a modernização e pleno exercício de suas finalidades.

Diversas organizações filantrópicas iniciaram o caminho da mudança cultural e da profissionalização da gestão, algumas pela percepção visionária de seus dirigentes, outras pressionadas pela necessidade de sobrevivência. Estas, hoje se constituem em modelos de administração e fonte de experiências e conhecimentos para que as demais possam percorrer este mesmo caminho.

Um dos principais impulsionadores das mudanças, o contexto econômico do financiamento da saúde, foi em boa parte responsável pela

profissionalização da gestão destas organizações, que antes estavam sozinhas no atendimento hospitalar a população brasileira e foram submetidas, durante todo século XX, a grandes mudanças, que levaram a entrada de novos operadores, públicos e privados, redefinindo a oferta de serviços hospitalares como essa pesquisa abordará a seguir.

#### **4.4 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL**

Como visto anteriormente, até meados do século XIX cabia às Santas de Casa de Misericórdia a responsabilidade pela assistência hospitalar a população sem maiores recursos, sendo encargo das famílias de posse o cuidado com sua própria saúde e encargo do estado brasileiro a saúde dos militares e seus familiares.

O processo de industrialização e de urbanização, que marcou a virada do século XX, veio alterar esta situação pelo desenvolvimento da medicina sanitária e pela alteração da finalidade dos hospitais de caritativa para terapêutica, ampliando a abrangência social dos serviços hospitalares e levando, por um lado, a maior presença do estado e por outro, ao crescimento da rede hospitalar privada.

#### **O nascimento da assistência médico hospitalar como tarefa do estado**

As primeiras iniciativas do estado frente às necessidades de assistência hospitalar da população civil, ocorreram como resposta às doenças contagiosas. Inicialmente, em função da hanseníase, que levou a construção dos

primeiros lazaretos ainda no século XVIII. A partir do século XIX, o estado incluiu em suas preocupações a saúde mental, através da construção do Hospício Dom Pedro, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. A atenção aos tuberculosos continuou sendo prestada pelas Santas Casas em enfermarias gerais até 1838, ano em que a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro inaugurou a primeira enfermaria especializada para pacientes desta moléstia. Na transição para o século XX, as expensas de recursos particulares, foram criadas as “Ligas contra a tuberculose”, com o objetivo de abrir e manter dispensários destinados ao atendimento destes pacientes. O primeiro destes, foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1902. Neste campo, a assistência estatal não evoluiu, mantendo-se como tarefa da rede hospitalar privada, especialmente a filantrópica (GUIMARÃES, 1989, p. 105:106).

A assistência pública de caráter geral teve início por ações destinadas aos socorros médicos de urgência sob jurisdição municipal, sendo o primeiro o do Rio de Janeiro, criado em 1893, e o segundo o de Porto Alegre-RS de 1898. Este serviço se limitava ao socorro em via publica ou nas residências com o encaminhamento dos pacientes para a rede hospitalar privada. Lentamente o estado foi assumindo o seu papel, especialmente na atenção à população do Rio de Janeiro, capital da Republica de então e, em 1904, criou a Maternidade das Laranjeiras, em 1920 foi instalado o Hospital Geral Dom Pedro, em 1922 o Hospital São Francisco de Assis e em 1924 o Asilo Hospital Arthur Bernardes, destinado a atendimento de pediatria (GUIMARÃES, 1989, p. 107).

## A cidadania regulada<sup>11</sup>

O processo de industrialização brasileiro, impulsionado pela chegada dos imigrantes europeus e asiáticos na virada do século XX, fez crescer o contingente de empregados assalariados nas principais capitais do país, gerando toda a sorte de problemas pelo acúmulo de pessoas em áreas urbanas, sem qualquer infra-estrutura sanitária. Paralelamente à assistência ao doente, bem como a finalidade do hospital, deixava de ser a assistência caritativa, passando a ser reconhecida como um dever indeclinável do Estado, cuja única razão de ser é servir a coletividade que representa, segundo NAVA (2003, p. 47), restituir a saúde de um indivíduo é restituir a sociedade um membro produtivo, cuja inatividade só representa ônus e diminuição.

Na esteira da agitação social das duas primeiras décadas deste século e que culminam nas greves gerais de 1917 e 1919, conseqüentes às péssimas condições de trabalho do incipiente operariado urbano, é sancionado o Decreto legislativo nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a "Lei Eloy Claves", marco na Previdência Social Brasileira (NICZ, 1989, p. 165).

A Lei Eloy Chaves implantou o seguro social no Brasil, através da criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões, as CAPs. A primeira CAPs a ser criada foi a dos ferroviários, que abriu o caminho para o surgimento de diversas outras, sob controle e orientação do Conselho Nacional do Trabalho (NICZ, 1989, p.165).

---

<sup>11</sup> Cidadania regulada é um termo criado por Wanderley Guilherme dos Santos para descrever o período compreendido entre 1920 a 1980 em que o direito a assistência médico-hospitalar restringia-se aos portadores de carteiras de trabalho, podendo considerar-se cidadão, segundo o autor, somente aqueles cujas profissões eram reconhecidas por lei (SANTOS, 1979, *apud* MANSUR, 2001, p. 35).

No que diz respeito à assistência médica, a Lei Eloy Chaves prevê a prestação de serviços médicos aos filiados das Caixas, sem porém estipular um 'quantum' de recursos que podem ser destinados a este fim. Em 1931, esse 'quantum' passa a ser fixado em 8% dos recursos disponíveis, não podendo ultrapassar este percentual (COHN, 1981, p.6, apud NICZ, 1989, p. 165)

A crescente importância da massa assalariada urbana, organizada de modo corporativista, se configura como um dos pilares de sustentação do governo federal a partir da Revolução de 1930. Naquele mesmo ano é criado pelo Presidente Getúlio Vargas o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio como *instrumento de tratamento da questão social* (POSSAS, 1981 apud NICZ, 1989, p. 166).

Em 1930 o sistema previdenciário, resultante da criação das CAP's, contava com 47 caixas de assistência, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas. Com o objetivo de estender os benefícios da previdência, de forma centralizada ao conjunto dos assalariados urbanos, e sem a pretensão de substituir as CAP's, são criados os Institutos de Assistência e Pensões (IAP's), o primeiro deles foi o dos marítimos - IAPM (1933), seguido dos comerciários - IAPC e bancários - IAPB (1934), dos industriários - IAPI (1936) e dos estivadores e transportadores de carga - IAPETEC (1938) (NICZ, 1989, p. 165:166).

Para prestar a assistência reivindicada pela massa de trabalhadores, os IAP's foram obrigados a constituírem ambulatórios próprios e a fazer convênios com as Misericórdias para a prestação de atendimento eminentemente hospitalar. A nova demanda por estes serviços trouxe à tona precariedade e a carência de recursos médico-hospitalares, dando grande impulso ao surgimento de novos ambulatórios e hospitais, alguns deles de característica estritamente privada (casas de saúde), localizados em sua maioria na cidade do Rio de Janeiro (GUIMARÃES, 1989, p.108).

Paralelamente, o governo assume, de forma mais efetiva, as questões de saúde pública, criando em 1953, o Ministério da Saúde, voltado à vigilância epidemiológica e a promoção do saneamento básico, ações que não estavam incluídas entre as responsabilidades da Previdência Social. Entretanto, as políticas públicas continuavam a não abranger a assistência médico-hospitalar da população rural e à população urbana não assalariada, que ficavam à margem de qualquer proteção social (MANSUR, 2001, p. 35:37).

### **O modelo hospitalocêntrico de assistência médico-hospitalar e os custos da saúde**

O grande desenvolvimento científico e tecnológico, vivido pela humanidade na primeira metade do século XX, é recebido com júbilo pela área médico-hospitalar, pois vinha ao encontro das necessidades do instrumento terapêutico em que estavam se transformando os hospitais, o aporte de tecnologia e o aumento visível da capacidade de resolução dos mesmos foram responsáveis pelo sucesso do modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde que prevalece, não apenas no Brasil, e foi responsável pelo aumento contínuo dos custos do setor. Neste cenário cresce a medicina previdenciária brasileira, voltada à cura das moléstias e exercida, quase que exclusivamente, em âmbito hospitalar (MANSUR, 2001, p. 38).

O período compreendido entre 1930 a 1960 apresentou um enorme desenvolvimento econômico-industrial para o país, promovendo a ampliação do assalariamento e o intenso crescimento da rede privada de hospitais, baseado na prestação de serviços aos IAP's, tida na época como um excelente negócio. Por

outro lado, o envelhecimento gradativo da população previdenciária amplia a demanda por benefícios previdenciários (MANSUR, 2001, p. 38). Estes dois movimentos levam ao aumento gradativo dos custos, tanto assistenciais quanto previdenciários, sobrecarregando o caixa dos IAP's e fortalecendo a proposta de unificação dos mesmos, através da reformulação das políticas públicas para o setor.

### **A criação do INPS e a centralização do sistema**

Em 05/09/60, o Governo do então Presidente Juscelino Kubitscheck, promulga a LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social. A LOPS foi o passo fundamental para a criação do Instituto Único, fundindo e aperfeiçoando a legislação especial, então existente, para cada instituto (IOB, 197\_, s.n.).

O governo militar de 1964 intervém nos IAP's, abrindo o caminho para a unificação dos mesmos. Esta unificação era reclamada há muito tempo por técnicos da previdência, mas não havia ocorrido, por falta de apoio político dos governos anteriores, que temiam a rejeição dos segurados. A diminuição da influência dos segurados, resultante do regime antidemocrático, combinada com a pressão de proprietários de hospitais, proprietários de empresas de medicina de grupos e grandes companhias de um modo geral, mudaram os rumos da previdência social, pela unificação dos IAP's<sup>12</sup> sob uma mesma bandeira, a do INPS, Instituto Nacional de Previdência Social. Instalado em 02/01/67, com base no Decreto Lei nº. 72, de 21/11/66 (NICZ, 1989, p. 167).

---

<sup>12</sup> O único instituto que não participou da fusão foi o IPASE (Instituto de Aposentadorias e Pensões do Estado), sendo extinto em 1980.

O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho, órgão executivo da Previdência Social, com a responsabilidade de pagar benefícios e prestar os serviços devidos aos segurados e seus dependentes, bem como arrecadar das empresas e segurados as contribuições e outros recursos necessários ao seu custeio (IOB, 197\_, s.n.).

O INPS assume não só as questões relativas à Previdência Social, como também o gerenciamento da assistência médico-hospitalar prestada pelos extintos IAP's, apresentando um extraordinário crescimento, que leva a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. A criação deste Ministério consolida a hegemonia da Previdência no setor de saúde, a despeito do discurso político vigente, que remetia a formulação das políticas de saúde à competência do Ministério da Saúde. Na prática, as políticas de saúde eram formuladas pela instituição preponderante do setor, a Previdência Social, e a criação do INPS favoreceu a tendência de contratação de serviços hospitalares privados (NICZ, 1989, p. 168; MANSUR, 2001, p. 39).

Segundo Mansur (2001, p. 41), enquanto duraram os anos do chamado "milagre econômico", de 1967 a 1973, a economia crescia, o assalariamento crescia e, portanto, o orçamento da previdência estava garantido.

Buscando a manutenção de seu poder político, o governo militar cria, a partir de 1974, vários programas, que foram implementados pelo INPS, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelo Ministério da Saúde. Para coordenar e dar sustentação econômica aos novos programas o governo federal criou o Programa Pronta Ação - PPA e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS. Para a rede hospitalar privada, o FAS teve importância fundamental, uma vez que 30% dos seus recursos eram destinados para investimentos no setor de saúde,

para financiar a expansão dos estabelecimentos hospitalares em vários estados, principalmente na região sudeste (MANSUR, 2001, p. 42:43).

### **A falência do modelo previdenciário de assistência à saúde**

A retração da economia observada nos anos seguintes e a conseqüente queda do assalariamento, fizeram a Previdência Social viver sua primeira crise financeira expressiva em 1977, que levou a criação, em 1978, do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica (NICZ, 1989, p. 169).

O INAMPS herda os problemas de seu antecessor, o INPS, que foram agravados pelo período de recessão econômica em que mergulhou o país. Em 16/06/80, na Gazeta do Povo de Curitiba, Nicz descreve o cenário, que antecipou a insolvência do sistema, assumida oficialmente pelo Governo em 1981:

[...] em época em que os especialistas da área econômica já falam abertamente em recessão, desrespeitado pelos próprios órgãos oficiais, que não recolhem devidamente seus encargos sociais ... e cercado de fraudes por todos os lados ... tal sistema de previdência corre sérios riscos de insolvência. Especialmente se acrescentarmos a este quadro de menor arrecadação o conseqüente aumento de pressão no setor de concessão de benefícios, tendo como pano de fundo uma inflação incontrollável com queda de poder aquisitivo das classes trabalhadoras, e suas óbvias conseqüências. Em tais circunstâncias, a assistência médico-hospitalar da Previdência Social tende a funcionar como um “tampão”, no sentido de diminuir as tensões de um nada justo Sistema Social. (NICZ,1980, apud NICZ, 1989, p.170).

Imerso na discussão sobre as causas do *déficit* previdenciário escondia-se o óbvio: a Lei Orgânica da Previdência Social garantia a concessão dos benefícios, mas não a prestação de serviços de saúde. Esta deveria ser feita “*de acordo com as disponibilidades financeiras*” e sem ultrapassar o limite de “*25% da dotação orçamentária*” (NICZ, 1989, p. 191).

[...] Em suma, nem a união nem a capitalização tem sido o suporte financeiro da medicina previdenciária, que está, isto sim, apoiada na receita tributária do INPS, integrada pela contribuição de empregados e empregadores (BRAGA e GÓES, apud NICZ, 1989, p. 170)

A reorganização dos serviços médicos previdenciários é discutida como uma solução para a crise da Previdência Social brasileira, levando às diversas propostas de racionalização de seus gastos (NICZ, 1989, p.171:191).

### **A criação do sistema único de saúde e a descentralização do sistema**

A proposta de descentralização vai ganhando corpo, inicialmente pela incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, com a saída da assistência médico-hospitalar do Ministério da Previdência, que passa a ter papel restrito ao gerenciamento dos benefícios e aposentadoria. Para financiar o sistema é proposta a diversificação das fontes tributárias e a garantia de recurso permanentes e contínuos (LUCHESE, 1996 apud MANSUR, 2001, p. 48). Com este objetivo havia sido criado em 1982 o Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL, mas o grande financiador da saúde continuava a ser o Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS constituído a partir da arrecadação previdenciária, responsável por 80% dos recursos destinados à saúde (MANSUR, 2001, p. 49).

A constituição de 1988 separa definitivamente a assistência a saúde da previdência social, entendendo que a “saúde é um direito de todos e dever do estado”, passando a ser de relevância pública as ações e serviços de saúde e, prevendo nos termos do artigo 195, que o sistema único de saúde deve ser financiado *com recursos do orçamento da seguridade social, da União dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes* (BRASIL, 1988, p.132).

A partir de 1990, para implementar as políticas de saúde previstas na Constituição, dando início à formalização do Sistema Único de Saúde - SUS, foram aprovadas novas fontes de recursos para compor o orçamento da saúde. São elas: o COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; o CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira; o CSLL - Contribuição Social sobre Lucro Líquido; recursos do FSE/FEF/DRU - Fundo Social de Emergência/ Fundo de Estabilização Fiscal/ Desvinculação de Recursos da União; recursos ordinários; contribuição sobre folha de salários; e outras receitas de menor importância (MANSUR, 2001, p. 59).

### **O sucateamento da rede credenciada**

Desde o início da crise da Previdência, o governo lança mão de diversas medidas, para contenção dos gastos com a assistência à saúde, dentre estas medidas duas se destacaram, a alteração da forma de pagamento pelos serviços hospitalares e o achatamento gradual dos valores pagos.

Até 1981, o ressarcimento pelos serviços prestados era feito aos prestadores através da emissão de GIH's (Guias de Internação Hospitalar), implantadas em 1976; este procedimento foi substituído pelo ressarcimento através das AIH's (Autorizações de Internação Hospitalar). A nova forma substituída a apresentação de todos os gastos e diárias pelo pagamento de valores pré-fixados, através de uma Tabela de Procedimentos na qual o hospital deveria enquadrar o ato médico, a que o paciente foi submetido. Com o sistema AIH, inteiramente informatizado, implantado experimentalmente em 1981, no Estado do Paraná,

tornou-se mais fácil a fiscalização das contas pelo governo ao mesmo tempo em que transferiu o controle dos gastos com o atendimento para os prestadores.

Implantada a Tabela, passou-se a segunda medida, a redução progressiva dos valores pagos pelos atos médico-hospitalares (GOMEZ, 1995, s/n):

A estratégia de contenção de custos não é capaz de enfrentar a crise financeira do sistema previdenciário que se estenderá até 1984, a perda de preços competitivos e o vazio normatizador que se seguiu agravaram-se com os sucessivos planos estabilizadores. Em 1983 o estado deixa de assinar novos contratos com empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares, e passa a não renovar contratos vigentes. (ALMEIDA, 1998, p. 13)

Nos anos seguintes, a cada ação do Governo para controlar os gastos, os hospitais credenciados respondiam com fraudes, pressão política por concessões especiais, como as feitas aos hospitais escola, e *lobby* de áreas médicas por tratamento diferenciado. Conforme a recessão econômica se agravava, o governo aumentava o prazo de pagamento dos serviços prestados aos hospitais e os prestadores de serviços de saúde credenciados, chegando a até 80 dias de atraso, considerando que os valores pagos já eram baixos, quando chegavam aos hospitais tinham se tornado ínfimos, levando ao sucateamento da rede hospitalar instalada (PEREIRA, 2000, p. 88).

O resultado da guerra fria entre hospitais e governo, que extrapolou a década de 80, só arrefecendo na metade dos anos 90, com a política de pagamento em dia e reconstrução da rede adotada pelo Ministro da Saúde José Serra, pode ser avaliado sob dois pontos de vista: de um lado como negativo pelo sucateamento da rede hospitalar e de outro positivo pela reorganização administrativa provocada nos hospitais.

O crescimento da rede hospitalar nos anos que antecederam a crise do sistema previdenciário não teve como base as reais necessidades da população. Nem por sua localização, concentrada em grandes centros ou no interior em regiões em franco desenvolvimento, nem por suas características intrínsecas, mas pela sua face oportunista, atendia a interesses econômicos de prestadores de serviços.

Rodrigues Filho (apud DUARTE, 1999, p. 5), em estudo sobre a oferta e a procura dos serviços médico-hospitalares no Estado da Paraíba, concluiu que a demanda observada não poderia servir de base ao planejamento das necessidades assistenciais, uma vez que *essa demanda apenas refletia os efeitos da disponibilidade de recursos*.

Embora dolorosa, a guerra fria entre hospitais e governo levou ao redimensionamento da rede e a uma distribuição dos serviços mais ajustada às necessidades da população e a disponibilidade de recursos para o seu financiamento.

### **A organização do sistema de saúde suplementar**

Durante todo o período que antecedeu a constituição de 1988, ocorreu um intenso debate sobre os rumos da assistência médica no Brasil, que de grosso modo, pode ser simplificado como tendo de um lado os defensores da medicina preventiva e de outro os defensores da medicina curativa.

Tendo a frente os médicos sanitaristas, o modelo preventivo pregava a saúde como um direito universal e um dever do estado, e propunha a organização do sistema saúde de forma hierarquizada, com a assistência tendo início nas ações básicas saúde, que levam às ações mais complexas até chegar, no final do sistema,

ao hospital. É importante esclarecer, que os sanitaristas reconheciam a necessidade dos hospitais, mas acreditavam que o foco da política de saúde nos hospitais, impedia que o estado cumprisse seu papel de atendimento das necessidades sanitárias básicas da população marginalizada e carente.

Mais conservadores, os representantes da medicina curativa, defendiam o papel terapêutico dos hospitais como fundamental em qualquer processo de recuperação da saúde. Obviamente que esta defesa atendia aos interesses dos diversos grupos organizados, que vinham sendo prejudicados pela gradual diminuição de recursos para o setor. Entretanto o resultado desta disputa levou a rede hospitalar a uma crise jamais vista, testemunhada diuturnamente pela mídia escrita e falada.

No seio desta crise, os hospitais com uma melhor condição de gerenciamento foram em busca de soluções para o financiamento de seus serviços tendo encontrado, na incipiente atenção suplementar<sup>13</sup>, uma saída financeira para continuar atendendo a sua clientela com um mínimo de qualidade.

[...] no processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado primeiro desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora, e, posteriormente, abdicou de suas funções mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem sem intervenção e perdendo assim a capacidade de regulá-las (ALMEIDA, 1998, p.13).

A tensão resultante da crise econômica e da falta de regulação das relações entre o público e o privado, levou diversos hospitais ao afastamento

---

<sup>13</sup> A atenção suplementar tem início em 1964, com o primeiro convênio-empresa assinado pela Volkswagen, a institucionalização desta assistência deu, em 1966, pelo Decreto lei nº. 73, que definiu o regime de pré-pagamento, base dos planos de saúde. Em 1966, 80 empresas médicas formam a Associação Brasileira de Medicinas de Grupo - ABRANGE (CORDEIRO, 1984 apud ALMEIDA, 1998, p. 11).

definitivo do sistema público de saúde, e a busca gradual dos demais pela diversificação das receitas, visando à diminuição da dependência econômica do setor público. Desta forma, estavam dadas as condições para o crescimento do setor de saúde suplementar no país.

### **O modelo de financiamento atual**

Diferentemente da solução adotada em outros países do mundo, a dicotomia entre o público e o privado na atenção à saúde, no Brasil, não levou a uma solução única, mas sim a complementaridade das duas visões, representada de um lado pela organização do Sistema Único de Saúde e de outro pelo Sistema de Saúde Suplementar.

Esta solução, conforme Piola e Vianna (2002, p.37-41), resulta em um modelo de financiamento universalista diversificado, que utiliza uma estratégia mista de financiamento, conforme as camadas da população: para as camadas de baixa renda, utiliza fontes fiscais e contribuições sociais; para os trabalhadores formais e classe média utiliza contribuições sociais sobre a folha de salários (compulsórias); e para os grupos de alta renda utiliza o pagamento direto pelos serviços e planos privados especiais (voluntário).

### **Os reflexos das mudanças na política de financiamento da saúde**

Um dos principais reflexos das mudanças na política de financiamento da saúde, ocorridas nas duas últimas décadas do século XX, foi o surgimento de novas modalidades de atendimento, a custos menos elevados que o

atendimento hospitalar tradicional, o hospital dia cirúrgico e o atendimento domiciliar.

Conforme DUARTE (1999, p.6):

[...] as novas tecnologias, tanto diagnósticas quanto terapêuticas, permitiram a realização em ambulatório de uma série de procedimentos clínicos e cirúrgicos antes realizados em regime de internação hospitalar, do mesmo modo, essas tecnologias aplicadas no ambiente hospitalar permitiram a redução do tempo médio de permanência de muitos dos pacientes que necessitam internação.

O atendimento domiciliar, por sua vez, retirou pacientes do hospital, pela redução do tempo permanência, tanto nos casos que exigem longos períodos de reabilitação, quanto naqueles relativos aos doentes crônicos, agrupados na categoria de “pacientes fora de possibilidades terapêuticas”, que podem ser atendidos domiciliarmente, reduzindo os custos desta assistência.

A incorporação de novas tecnologias e as mudanças de paradigmas no atendimento aos pacientes, levaram a profundas alterações na composição dos recursos humanos utilizados na prestação dos serviços médico-hospitalares, exigindo uma melhora na qualificação destes recursos, o que se refletiu num aumento da presença profissional e da própria capacidade de resolução dos hospitais.

Entre as diversas medidas de reorganização do estado brasileiro, ocorridas durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, foram criadas as agências nacionais reguladoras, dentre elas a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criada pela Federal Lei nº 9782 de 26/01/1999.

Com a criação da ANVISA, não apenas os setores tradicionais do hospital, como os serviços hospitalares ligados às novas especialidades médicas, passaram a ser objeto de normatização e intensa fiscalização.

Esta fiscalização, exercida anteriormente de acordo com interesses políticos regionais, passou a ser conduzida conforme as políticas definidas pela ANVISA, sendo recebida pelos hospitais como uma interferência do estado em assuntos internos ao setor, e produzindo uma das frases mais pronunciadas pelos dirigentes do setor nos últimos anos -“o governo paga cada vez pior e exige cada vez mais”.

Entretanto, diante da diversificação dos serviços oferecidos à população, da ampliação das exigências dos usuários do sistema de saúde e da obrigatoriedade do controle das infecções hospitalares, as ações da ANVISA e de suas subsidiárias nos estados e municípios não apenas passaram a se justificar, mas tornaram-se indispensáveis à consolidação de um padrão aceitável de serviços, minimizando a concorrência desleal de pequenos serviços com os hospitais.

Sendo reconhecida hoje, por setores mais progressistas dos hospitais, como um fator fundamental de melhora da qualidade da assistência, embora permaneçam resquícios do discurso anterior.

### **A importância do conhecimento histórico das organizações hospitalares**

O conhecimento do contexto das organizações hospitalares, do ponto de vista da sua finalidade, das relações de poder estabelecidas entre os diversos grupos profissionais atuantes e do contexto do financiamento da saúde, conforme proposto pelo objetivo específico 1 do presente estudo, pode contribuir para a compreensão do cenário atual da saúde e das necessidades das organizações que atuam neste setor.

Neste sentido, após cumprir com este objetivo inicial, este trabalho buscará compreender melhor as necessidades das organizações hospitalares, enquanto organizações com forte presença profissional, do ponto de vista de sua estrutura.

## CAPITULO 2

### 5 O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

Como visto anteriormente, no Brasil, a profissionalização da administração dos hospitais é um fenômeno recente. Exceto pelos grandes centros, com destaque para São Paulo-SP e Porto Alegre-RS onde estão sediados círculos de qualidade, baseados em hospitais, que fornecem dados assistenciais, de produtividade e financeiros, permitindo a análise e a divulgação de indicadores hospitalares (Malik; Teles, 2001, p. 53), no restante do país convivem diversos estágios de desenvolvimento da organização hospitalar.

De maneira especial, interessa a este estudo, a forma como as organizações hospitalares brasileiras vêm transitando, da finalidade religiosa caritativa para a finalidade terapêutica, e como isto tem afetado sua administração e o desenvolvimento dos profissionais administrativos.

São observados dois movimentos distintos no interior destas organizações: a administração, que se organiza de cima para baixo, buscando dar conta das tarefas impostas pela nova complexidade do hospital, e o corpo médico profissional, que se organiza de baixo para cima na organização, buscando obter um maior controle político-administrativo. Esta movimentação é descrita por Mintzberg (2003, p. 59), tendo como base sua teoria das configurações estruturais das organizações:

[...] à medida que as metas e as missões mudam, o *redesign* estrutural inicia-se de cima para baixo; à medida que o sistema técnico do núcleo operacional muda, o *redesign* estrutural inicia-se de baixo para cima.

Para melhor compreensão deste movimento é necessário compreender a estrutura das organizações a partir do modelo proposto por MINTZBERG (2003).

### 5.1 AS ESTRUTURAS (DESIGN) DAS ORGANIZAÇÕES SEGUNDO MINTZBERG

Conforme Mintzberg (2003, p. 12), a estrutura das organizações pode ser definida pela forma como ocorre à divisão do trabalho e como a coordenação é realizada. A partir do estudo destes dois fatores o autor define cinco configurações distintas, que a seu ver, *explicam a maioria das tendências que levam as organizações eficazes a estruturar-se por si mesmas.*

Centrado em como a coordenação é realizada, Mintzberg (2003, p. 14), define cinco mecanismos de coordenação, que segundo ele, *são responsáveis por explicar as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam seu trabalho*<sup>14</sup>: ajuste mútuo, supervisão direta, padronização dos processos de trabalho, padronização dos resultados do trabalho e padronização das habilidades dos trabalhadores. Para Mintzberg (2003, p. 18), as organizações acabam por favorecer um mecanismo de coordenação sobre os outros, podendo substituí-los e na maioria das vezes adotar um misto dos cinco.

---

<sup>14</sup> Mecanismos de coordenação de MINTZBERG:

- Ajuste mútuo - a coordenação é obtida pelo simples processo de comunicação verbal;
- Supervisão direta - quando uma pessoa passa a ser responsável pelo trabalho de outras, dando-lhes instruções e monitoramento;
- Padronização dos processos de trabalho - quando o conteúdo do trabalho pode ser especificado ou programado;
- Padronização dos resultados do trabalho - quando as dimensões ou o desempenho final podem ser especificados;
- Padronização das habilidades dos trabalhadores - as habilidades (e o conhecimento) são padronizados quando o tipo de treinamento exigido para o desempenho da função for especificado.

A maneira como as organizações, conforme suas naturezas distintas, utilizam e combinam os mecanismos de coordenação, acabam por condicionar o design de sua estrutura.

### **A organização em seis partes**

Para Mintzberg (2001, p. 141), quanto a *design* de sua estrutura, as organizações são formadas por seis partes conforme a descrição abaixo e a Figura 1:

**Essência Operacional:** formada pelos operadores. Pessoas que desempenham o trabalho básico de produzir os produtos ou prestar os serviços;

**Ápice estratégico:** formado por supervisores gerais através dos quais todo o sistema é supervisionado;

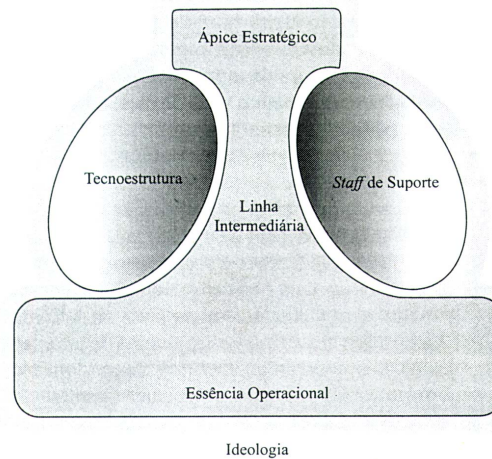
**Linha intermediária:** formado pelos supervisores intermediários ou gerentes de operações, uma hierarquia de autoridade entre a essência operacional e o ápice estratégico;

**Tecnoestrutura:** formado por analistas, que fora da linha de autoridade, tem como função planejar e controlar formalmente o trabalho dos outros;

**Staff de suporte:** formado por pessoas cuja função é facilitar a vida dos demais através de atividades de apoio;

**Ideologia:** uma forte cultura que abrange as tradições e as crenças de uma organização que a distinguem de outras entidades e que infundem vida no esqueleto da estrutura.

**Figura 01 As seis partes de uma organização**



Fonte: MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 141.

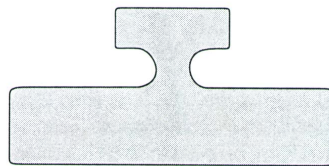
### **Estruturas em cinco configurações:**

Para Mintzberg (2001, p. 143), conforme o trabalho organizacional se torna mais complexo, os mecanismos de coordenação adotados deslocam-se do ajuste mútuo para a supervisão direta, em seguida para a padronização dos processos de trabalho, ou dos *outputs*, ou das habilidades, para finalmente retornar ao ajuste mútuo, baseado em relações de confiança indispensáveis para o trabalho criativo nas organizações tipicamente inovadoras. Ainda conforme o autor, nenhuma organização pode depender de apenas um destes mecanismos de coordenação, todos eles podem ser encontrados em organizações razoavelmente bem desenvolvidas.

Os mecanismos de coordenação condicionam cinco configurações estruturais diferentes: a organização empreendedora; a organização maquinal; a organização diversificada; a organização profissional; e a organização inovadora.

Cada uma destas configurações se diferencia das demais pela importância, que cada uma das partes da organização passa a ter, conforme o mecanismo de coordenação adotado (MINTZBERG, 2001, p. 152). Na organização empreendedora, considerada a mais simples pelo autor, destacam-se o ápice estratégico e a essência operacional. As tarefas, que seriam realizadas pelas demais partes da organização, quando necessárias são realizadas cumulativamente por estes próprios (Fig. 2).

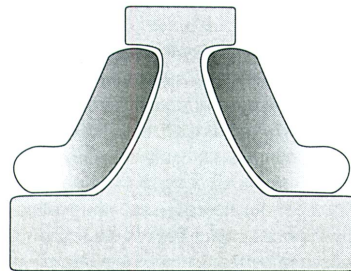
**Figura 02 - organização empreendedora**



Fonte: MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 152.

Conforme o trabalho torna-se complexo e exige a padronização dos processos, estrutura-se a linha intermediária, organiza-se a tecnoestrutura, responsável pela padronização e finalmente o *staff* de apoio aumenta de tamanho conferindo a organização uma configuração maquinal (Fig. 3).

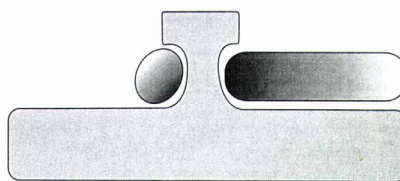
**Figura 03 - organização maquinal**



Fonte: MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 153.

Quando o trabalho complexo depende essencialmente de padronização de habilidades profissionais, que ocorre fora da organização já não é importante, que a linha intermediária e a tecnoestrutura sejam bem desenvolvidas. Os profissionais localizados na essência operacional, não demandam nem supervisão direta nem cabe a organização a padronização dos processos de trabalho, a configuração resultante neste caso é a profissional (Fig. 4).

**Figura 04 - organização profissional**

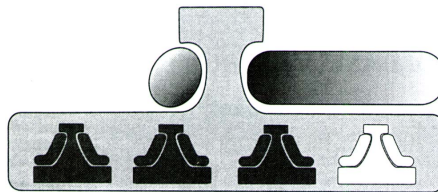


Fonte: MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 153.

Quando o trabalho além de complexo é diversificado, a opção de coordenação adotada pelo ápice estratégico é a padronização dos *outputs*. Neste caso, a essência operacional é composta por entidades distintas, cada qual com sua

própria padronização de processos, organizadas como sub-empresas, em geral configuradas como organizações maquinais. A configuração resultante é de uma organização diversificada (Fig. 5).

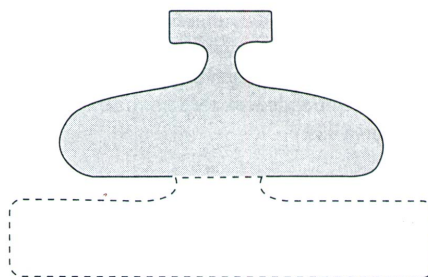
**Figura 05 - organização diversificada**



Fonte: MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 154.

Finalmente, quanto o trabalho da organização é a inovação, nenhuma das configurações anteriores é capaz de atender plenamente às suas necessidades, pois a padronização de processos, habilidades ou *outputs* poderia comprometer a inovação. Neste caso, observa-se que a organização passa a se estruturar a partir de projetos, nos quais espera-se dos especialistas participantes uma atração por colaborar. Esta configuração é chamada de inovadora (Fig. 6).

**Figura 06 - organização inovadora**



Fonte: MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 154.

## **A organização profissional segundo Mintzberg**

Nas organizações hospitalares, tipicamente profissionais, o modelo de coordenação baseado na padronização das habilidades dos trabalhadores, condiciona o *design* de sua estrutura pela preponderância do núcleo operacional sobre as demais partes da organização.

A Coordenação baseada na padronização por habilidades se estrutura a partir do trabalho individualizado, realizado diretamente pelos profissionais no núcleo operacional. Este trabalho individualizado caracteriza-se pela relação direta do profissional médico com o seu paciente, pela alta complexidade do trabalho realizado e pelo pressuposto de que cada profissional possui os requisitos necessários ou a padronização das habilidades para exercer sua função desde o seu ingresso na organização.

Esta forma de coordenação favorece o surgimento de agrupamentos por tipos de especialidade ou serviço. Esta forma de funcionamento se assemelha a um sistema de casulos independentes, organizados a partir de uma divisão de trabalho, que pressupõe uma semelhança na padronização das habilidades conferindo alto grau de autonomia aos profissionais.

Considerando as seis partes, que segundo Mintzberg (2001, p.141), caracterizam a estrutura das organizações é possível observar como a organização profissional (MINTZBERG, 2001, p.154) se molda a partir desta forma de coordenação baseada na padronização das habilidades dos trabalhadores conforme a descrição abaixo e a figura 7:

**A essência operacional** se hipertrofia em relação às demais partes da organização e assume a forma de um aglomerado de casulos ou micro organizações que congregam profissionais com projetos ou interesses em comum. Um casulo pode ser formado por um único profissional;

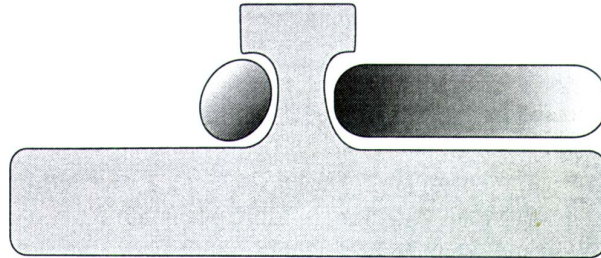
**A cúpula estratégica** não tem o controle direto do trabalho realizado na essência operacional. Em geral não controla as condições de seleção e contratação dos profissionais, que pode ocorrer diretamente nos casulos. Exerce controle das decisões financeiras e seu papel principal é lidar com as perturbações da estrutura e intermediar assuntos de interesse dos profissionais, da comunidade, do governo na fronteira da organização.

**A linha intermediária** praticamente desaparece, pois poucos gerentes são necessários para grandes unidades de operações;

**A tecnoestrutura** encolhe, pois o treinamento e a padronização dos processos ocorrem fora da organização, em instituições de ensino que selecionam os candidatos a profissionais e os treinam de acordo com regulamentações gerais instituídas pelos conselhos de profissionais e entidades públicas a quem cabem validar cursos e treinamentos;

**O staff de apoio** cresce na medida em que são muitos os profissionais a atender buscando apoiar e facilitar as atividades diárias de trabalho.

**Figura 07. As partes de uma organização profissional**



Fonte: MINTZBERG, H. A organização profissional. In Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 153.

## **5.2 PROCESSO DE REDESENHO DO HOSPITAL**

Historicamente pode-se considerar, que o hospital nasceu como uma organização tipicamente empreendedora (MINTZBERG, 2001, p. 152), dependente de uma cúpula, que exercia a liderança em torno da qual se organizava o trabalho dos operadores. Com pouca ou nenhuma padronização, estes hospitais utilizavam mão-de-obra leiga, recrutada na própria comunidade, que aprendia seu trabalho pela observação em serviço e a tradição<sup>15</sup>.

Com o ingresso maciço de médicos, ocorrido a partir do século XIX, e consolidado no século XX, o hospital adquire uma face profissional, iniciando o processo de alteração de finalidade, que o transformará em instrumento terapêutico.

---

<sup>15</sup> A tradição neste caso diz respeito à transmissão oral de uma prática de trabalho de uma pessoa para outra.

O avanço da tecnologia, a multiplicação das especialidades médicas, a exigência por qualidade de serviços e o conseqüente aumento dos custos da operação transforma a organização hospitalar. A crescente complexidade dos serviços oferecidos e das tarefas exigidas como suporte para o seu funcionamento impulsiona a organização para o *redesign* estrutural.

De um lado a presença maciça dos profissionais médicos, localizados na essência operacional, garante que de forma mais ampla o hospital adquira e mantenha uma configuração profissional como visto anteriormente. De outro, conforme aumenta a complexidade, faz-se necessária a participação de outros atores para que a operação se torne realizável. Para Teixeira (1989, p. 20) diversos subsistemas atuam na atenção direta ao paciente: *o corpo clínico, a enfermagem, o serviço social médico, a nutrição e dietética, a farmácia, o arquivo médico e estatística, a fisioterapia, a psicologia e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.*

O segundo grupo profissional em grau de importância no contexto do hospital é a enfermagem. Como visto anteriormente, é deste grupo a responsabilidade pela assistência direta e ininterrupta aos pacientes. Este segundo grupo profissional se diferencia do primeiro pela sua composição hierarquizada e disciplinada, com características tipicamente maquinais. A composição hierarquizada e disciplinada da enfermagem faz deste grupo o mais estável no contexto do hospital em relação a sua estruturação.

Os demais grupos profissionais diferenciam-se pela sua atuação, ora na assistência direta aos pacientes, ora em atividades de apoio técnico ou de gestão. Os grupos que atuam na assistência direta aos pacientes, como os psicólogos ou os fisioterapeutas, buscam manter sua autonomia profissional de

forma semelhante ao grupo médico, embora a hierarquia do hospital os obrigue a trabalhar de acordo com as definições terapêuticas do grupo médico.

Os grupos que atuam em atividades de apoio técnico, se organizam a partir das unidades correlacionadas, como o serviço de nutrição e dietética, ou a farmácia hospitalar, buscando organizar suas atividades de forma autônoma no contexto hospitalar.

### **O hospital como organização maquinal**

A diversificação das atividades de apoio técnico e logístico exige a profissionalização da administração central, através da introdução de elementos intermediários de supervisão e controle das operações, bem como a padronização dos processos de trabalho. Este caminho leva o hospital a mudanças estruturais rumo a uma estruturação tipicamente maquinal:

Ele (o hospital) emprega grande número de profissionais especializados oferecendo serviços com alto grau de especialização. Existe no hospital uma grande divisão de trabalho exigindo habilidades técnicas diversificadas. Em decorrência desses fatos, o hospital tem grande necessidade de coordenação de suas atividades e os sistemas administrativos estão em evolução constante (TEIXEIRA, 1989, p. 20).

A introdução de supervisores intermediários para o controle mais efetivo das unidades de apoio técnico e logístico, a quem cabe prover comida, roupa lavada, materiais esterilizados, resultados de exames, materiais e medicamentos e outros insumos para que a operação hospitalar possa acontecer, tem como conseqüência à transformação destas unidades em sub-empresas, com características internas de organização maquinal, e que vão resultar na departamentalização da organização.

Para atingir plenamente seus objetivos, o hospital precisa estruturar de maneira extremamente racional todos os setores referidos. Aqui começam as dificuldades, porque a estrutura define tentativamente as relações que deverão desenvolver-se entre as pessoas e os grupos que convivem na organização hospitalar (GONÇALVES, 1998, p. 82).

Gonçalves (1998, p. 84), alerta para os riscos da departamentalização, que pode levar a uma *elevada fragmentação de tarefas e alta especialização*. O grande número de departamentos resultantes, dirigidos por profissionais de formações e origens diversas, gera condições propícias para um funcionamento independente e, muitas vezes, contrário às necessidades da organização. Assemelhando-se a feudos, que baseados na sua importância quanto ao suprimento deste ou daquele insumo para a operação, estabelecem uma disputa interdepartamental por mais poder dentro da organização.

Essa situação pode gerar alguma dificuldade administrativa e criar um ambiente em que a responsabilidade pela qualidade e pelo padrão do desempenho institucional pode ficar muito diluída (GONÇALVES, 1998, p. 84).

Conforme se fortalecem os departamentos, a administração central vai perdendo o controle das atividades de apoio e ficam mais claros os conflitos de interesse entre os diversos grupos. Embora todos os profissionais estejam no hospital com o objetivo de satisfazer as necessidades dos pacientes de tratamento e cura, cada profissional ou grupo *interpreta o significado de atender a esse objetivo em função de seu próprio sistema de valores* (TEIXEIRA, apud Gonçalves, 1998, p. 84), freqüentemente privilegiando seus próprios interesses e muitas vezes colocando em risco a própria sustentação econômica dos hospitais.

[...] num cenário de contínuas mudanças das necessidades da clientela, dos processos disponíveis para serem empregados e dos resultados desejados, a estrutura funcional, de características fortemente hierarquizadas e verticalizadas, vem se mostrando insatisfatória, principalmente em relação à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição, com vistas a atingir o objetivo no qual o hospital encontra sua própria razão de existir, o melhor atendimento do doente que o procura (GONÇALVES, 1998, p. 84).

O hospital precisa novamente ser redesenhado. Torna-se indispensável encontrar um modelo estrutural, que atenda as necessidades gerais dos grupos profissionais e dos departamentos, sendo capaz de proteger os demais interesses e necessidades organizacionais do hospital.

No fundo, o que se deseja desse trabalho de redesenho organizacional é definir uma empresa (hospital) capaz de atingir os resultados desejados, inclusive aqueles de natureza financeira, atendendo as expectativas dos novos tempos (GONÇALVES, 1999, p. 95).

### **O hospital como organização diversificada**

A organização hospitalar tende a se estruturar a partir de entidades profissionais autônomas e unidades de apoio técnico e logístico voltadas a prover diferentes produtos e serviços para que a operação se estabeleça. Assumindo, de um lado, o formato de organização profissional e, de outro, o formato de organização maquinal, caracterizando-se finalmente pela complexidade das relações estabelecidas entre os diversos grupos e unidades funcionais. Para manter o controle das operações, o ápice estratégico, não tem outra opção, que não a de lançar mão do mecanismo de coordenação, típico das organizações diversificadas: a coordenação pela padronização de *outputs*.

Conforme Mintzberg (2001, p. 151), o que caracteriza uma organização como diversificada é: a padronização de *outputs* como principal

mecanismo de coordenação; a importância adquirida pela linha intermediária (gerências intermediárias); e a possibilidade de uma descentralização vertical limitada.

[...] além da atividade propriamente médica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional, mas envolvendo, cada qual, aspectos especializados de funcionamento ..... o hospital engloba simultaneamente um hotel, uma farmácia, uma lavanderia, e um restaurante (GONÇALVES, p. 84, 1999).

Fragmentada em unidades funcionais e entidades profissionais independentes, cada qual administrada por gerentes intermediários, direcionadas a produção de diferentes produtos e serviços, que podem ser vendidos ou prestados a pacientes, acompanhantes e funcionários diretamente ou de forma combinada, obedecendo à política estabelecida centralmente pela direção do hospital, cujo controle se dá através de metas preestabelecidas, a organização hospitalar pode ser considerada uma organização diversificada conforme a definição de Mintzberg (2001, p. 154).

Entretanto, freqüentemente algumas organizações hospitalares conseguem manter-se no modelo departamentalizado, aparentemente maquinal, por contarem com lideranças carismáticas, detentoras do conhecimento das necessidades da organização, que conseguem implementar uma estratégia no sentido de resolver estas necessidades, utilizando-se para isto não dos mecanismos de coordenação descritos por Mintzberg, mas fundamentalmente de recursos de natureza política (MINTZBERG, 2001, p.144).

## A terceirização como alternativa a diversificação

Alguns hospitais têm adotado a terceirização de serviços como alternativa a diversificação, Esta solução tem sido estimulada, especialmente na administração pública, como tentativa para conter os custos crescentes da operação dos hospitais. Para Duarte (1998, p.16), terceirização é:

[...] a transferência para outros executores de atividades não diretamente ligadas a missão da organização (atividades-meio), tendo como objetivo principal concentrar-se nas atividades diretamente ligadas com sua missão (atividade-fim).

A terceirização tem atingido tanto setores de apoio logístico como limpeza, manutenção, lavanderia e transporte, como setores de apoio técnico, como diagnóstico por imagem, laboratório, nutrição e dietética e outros, podendo o terceiro estar localizado, fisicamente, dentro ou fora dos limites do hospital.

A opinião dos administradores hospitalares sobre a terceirização é divergente com alguns falando favoravelmente e outros contra. Para Duarte (1998, p.17), a opção por terceirizar deve estar intimamente ligada às decisões estratégicas do hospital, pois *define como o hospital vai operar no ambiente e quais serão as suas restrições, enfrentando a concorrência na busca de oportunidades.*

A decisão sobre a terceirização de serviços em hospitais, passa necessariamente pela definição clara do que é essencial ao negócio hospitalar, quanto custam as atividades quando realizadas pelo hospital e quanto custará adquiri-las de terceiros e, finalmente, qual será o impacto da terceirização na satisfação dos clientes do hospital.

O que leva obrigatoriamente o gestor a controlar alguns *outputs*, tanto antes da decisão pela terceirização, quanto durante a execução dos contratos,

buscando prevenir decisões equivocadas, que podem acarretar danos à operação pelo fornecimento de insumos ou serviços onerosos ou inadequados à operação da organização.

Um forte argumento contra a terceirização é a necessidade crescente dos hospitais de definição do perfil de sua clientela. O fato de não ter controle estratégico sobre o terceirizado pode gerar dificuldades, quanto à determinação do perfil da clientela atendida.

No Brasil, por exemplo, um hospital que decida não atender mais a pacientes do SUS e que tenha terceirizado um serviço de diagnóstico por imagem, localizado dentro do hospital, pode encontrar dificuldade de convencer o seu proprietário a abrir mão desta clientela, que pode representar um bom negócio para este grupo profissional.

### **Gerenciando hospitais por *outputs*<sup>16</sup>**

Nos hospitais a tradição de coletar dados e gerar estatísticas teve origem, de um lado, nas necessidades da pesquisa médica e de outro a imposição legal, decorrente do desenvolvimento da medicina sanitária. Por obrigação legal, os hospitais fornecem, periodicamente, informações gerais e epidemiológicas, cuja finalidade é proporcionar aos governos uma base de dados para o planejamento geral das ações de saúde.

---

<sup>16</sup> Para Mintzberg *Outputs* são padrões esperados, geralmente quantitativos, monitorados através de sistemas de controle (2001, p.317). Pereira, no Glossário de Economia da Saúde (2002, 287), explica que os epidemiologistas utilizam o termo em inglês para a produção imediata dos serviços de saúde (por exemplo, número de casos tratados, dias de internamento, etc.). Segundo Pereira para os economistas, estes resultados são *outputs* intermediários (ou *throughputs*, na denominação inglesa).

Para dar cabo desta tarefa os hospitais são obrigados a manter um Serviço de Prontuário de Paciente - SPP, originalmente chamado de Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, onde ficam guardados todos os documentos dos pacientes e são geradas as estatísticas necessárias ao cumprimento das imposições legais.

Com o desenvolvimento da administração hospitalar os gestores perceberam que o setor de estatística poderia gerar informações de ordem gerencial, com base nas mesmas fontes documentais. Desta forma, o serviço de estatística hospitalar passou a desempenhar uma função administrativa, que serve de base à montagem dos modernos Sistemas de Informação Gerencial, instrumentos indispensáveis ao gerenciamento por *outputs*.

Os indicadores hospitalares de assistência e produtividade podem ser considerados os principais parâmetros para o gerenciamento por *outputs* nos hospitais. Conforme a gestão hospitalar se consolida, os indicadores hospitalares se transformam em parâmetros fundamentais de decisão e controle, incrementando e justificando o processo de informatização necessário à sustentação destas organizações. Conforme Gonçalves (1998, p. 82), *a operação dos diferentes setores de apoio fica hoje definitivamente vinculada ao desenvolvimento dos recursos de informática.*

Desta forma, o ápice estratégico estabelece metas e objetivos para cada unidade funcional, monitorando o desempenho das mesmas através de indicadores. Os gerentes intermediários por vez, cientes de suas responsabilidades para o cumprimento das metas e objetivos, ganham relativa autonomia para organizar a unidade e rever processos de trabalho visando obter os resultados

esperados. Tanto o ápice estratégico quanto os gerentes intermediários monitoram o desempenho das unidades através do sistema de informação gerenciais.

Para racionalizar os processos de trabalho, padronizar e monitorar *outputs*, os hospitais acabam por necessitar de uma considerável quantidade de profissionais voltados a tecnoestrutura, ao contrário do esperado em uma organização profissional. Conforme Mintzberg (2001, p.274), nas organizações profissionais a tecnoestrutura perde importância, uma vez que os processos realizados na essência operacional são padronizados fora da organização.

Embora os hospitais sejam considerados organizações profissionais, não podem prescindir de uma tecnoestrutura descentralizada, organizada a partir do ápice estratégico por unidades funcionais, não para atender as necessidades dos profissionais, mas pela necessidade de planejar, controlar e padronizar processos garantindo o suprimento de produtos e serviços necessários à operação, no tempo certo, viabilizando cada uma das atividades exercidas pelos profissionais da essência operacional, de forma simultânea nos hospitais.

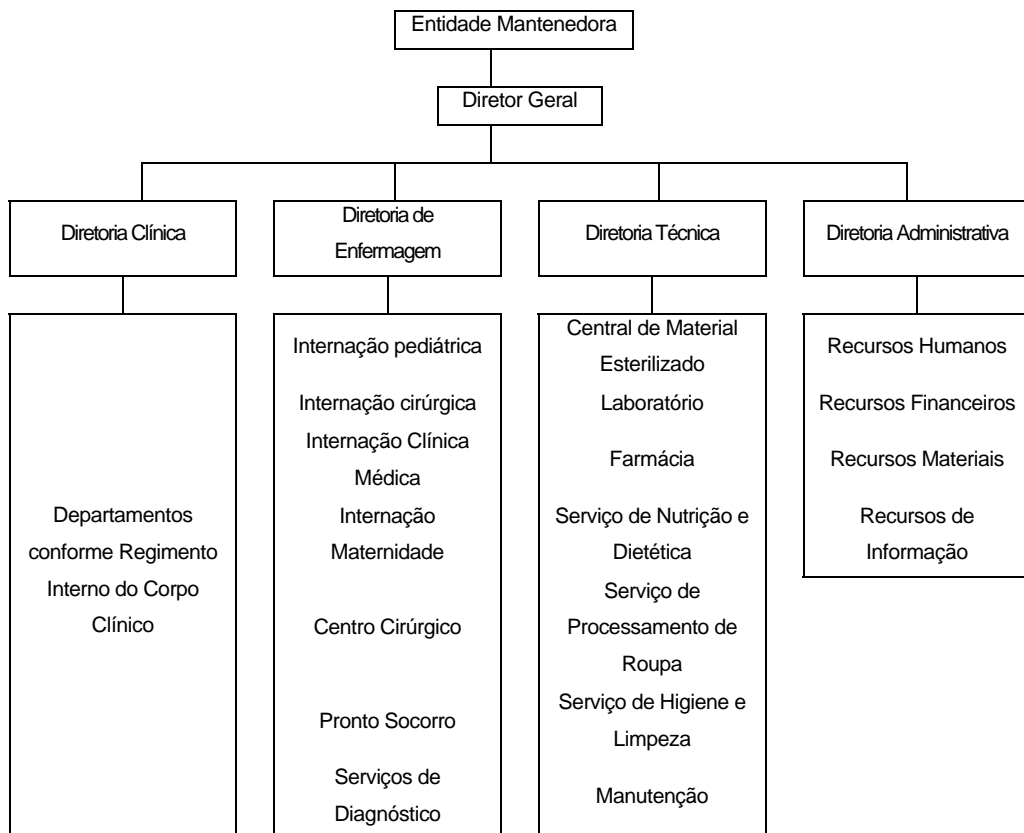
### **Redesenhando o organograma do hospital**

Para dar conta da tarefa de coordenar unidades com propósitos diferentes, assistenciais e de gestão e apoio, ajustando o funcionamento de cada uma delas para que a assistência ocorra harmonicamente, incorporando os grupos profissionais, enquanto parte da estrutura formal do hospital e reduzindo a distância do Ápice Estratégico em relação à Essência Operacional, alguns hospitais estão redesenhando seus organogramas.

Para Gonçalves (1998, p. 83), as estruturas, habitualmente utilizadas pelos hospitais brasileiros, situam-se na esfera funcional. Em cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades diferenciados.

Estas estruturas funcionais relegam a presença profissional nos organogramas a uma mera referência da localização do corpo clínico. Nesta representação formal do funcionamento do hospital, freqüentemente as unidades de assistência aparecem no organograma, hierarquicamente submetidas à diretoria de enfermagem, conforme Organograma Hospitalar Funcional - Esquemático apresentado a seguir (Fig. O8):

**Figura 08 -ORGANOGRAMA HOSPITALAR FUNCIONAL ESQUEMÁTICO**

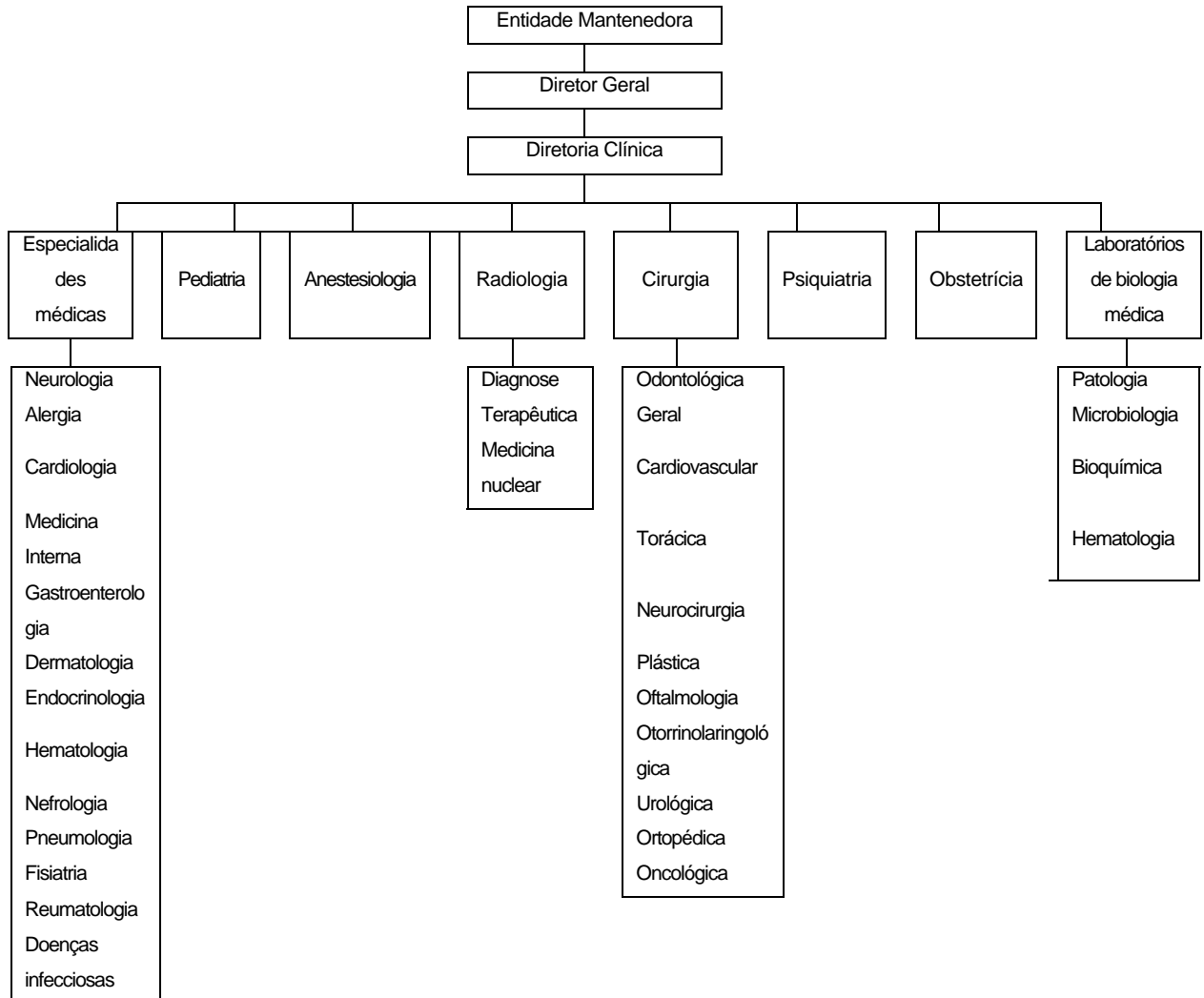


Fonte: a autora

De certa forma, é como se alguns hospitais brasileiros não considerassem os médicos como um grupo pertencente ao hospital, indispensáveis ao seu funcionamento, ou subentendessem que eles estejam presentes em todos os lugares do mesmo. Na prática, os médicos se organizam como uma estrutura de poder paralelo, de acordo com o Regimento Interno do Corpo Clínico, de uma forma que não chega a se tornar clara restringindo o conhecimento sobre o funcionamento deste grupo ao âmbito da corporação.

O resultado gráfico da forma de organização proposta pela maioria dos Regimentos Internos do Corpo Clínico dos hospitais brasileiros é semelhante ao Organograma por Agrupamento de Conhecimento e Habilidade adaptado do original de Mintzberg (Fig. 09).

**Figura 09 -ORGANOGRAMA POR AGRUPAMENTO DE CONHECIMENTO E HABILIDADE**



Fonte: Adaptado pela autora do original de Mintzberg (2003, p. 62) da figura 3.1 - agrupamento por conhecimento e habilidade: departamentos e um hospital-escola.

A existência de dois organogramas, formais ou não, caracterizam os dois poderes constituídos e paralelos que subsistem nos hospitais. De um lado está a *expertise*, alguém tem influência em virtude de seu conhecimento e habilidades, de outro, na hierarquia não profissional, o poder e o *status* situam-se no escritório administrativo (MINTZBERG, 2003, p. 222).

Segundo Blau (1967-1968, p. 456 apud Mintzberg, 2003, p. 222), as pesquisas indicam, que uma orientação profissional para o serviço e uma orientação burocrática para o atendimento disciplinado dos procedimentos são abordagens opostas para o trabalho e, freqüentemente, criam conflitos nas organizações.

A existência de dois organogramas paralelos tem se mostrado incapaz de ajudar resolver os conflitos de interesse existentes entre estes dois grupos. Conforme o hospital avança em direção à finalidade terapêutica, diversificam-se os profissionais e a gestão hospitalar se torna mais complexa, ampliando e aprofundando o jogo de interesses. A adoção do modelo funcionalista - divisionista não tem se mostrado capaz de ajudar no estabelecimento de uma ordem negociada. A busca por este consenso negociado tem levado à procura de novos modelos estruturais, que se aproximam do modelo de organização diversificada e, conseqüentemente, do organograma matricial.

No fundo, o que se deseja desse trabalho de redesenho da estrutura organizacional é definir uma empresa capaz de atingir os resultados desejados, inclusive aqueles de natureza financeira, atendendo as expectativas dos novos tempos (GONÇALVES, 1999, p. 95).

A questão central deste novo modelo, para Gonçalves (1999, p. 95), é que ele seja, de fato, participativo, permitindo que sejam tomadas decisões por consenso, no âmbito do conselho técnico administrativo, formado pelas diversas gerencias, conforme o autor:

[...] esta diretriz básica vem sendo desenvolvida em instituições de elevado padrão de desempenho, como o Hospital Aliança, em Salvador, e o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo (GONÇALVES, (1999, p. 95).

Conforme Gonçalves (1998, p.84), a melhor representação gráfica das relações existentes nos hospitais é a que admite uma terceira dimensão, além

das duas existentes nas representações habituais. Tendo como base a solução gráfica proposta por Lipnack (1994), em forma de tetraedo, o autor defende uma estrutura organizacional matricial em que as relações propostas admitem a existência no hospital de relações formais e informais de autoridade.

É importante lembrar que os organogramas matriciais têm sido tradicionalmente indicados para organizações, que trabalham com o desenvolvimento de projetos. Estas estruturas mistas, que possibilitam combinar a base funcional das organizações com a base estruturada em projetos ou produtos, começam a ser utilizadas também em outros tipos de situação.

A estrutura matricial traduz excelente alternativa, principalmente para as organizações que desenvolvem projetos, não obstante possa também ser utilizada pelas organizações que internalizam a solução divisionária dos produtos (CURY, 2005, p.256).

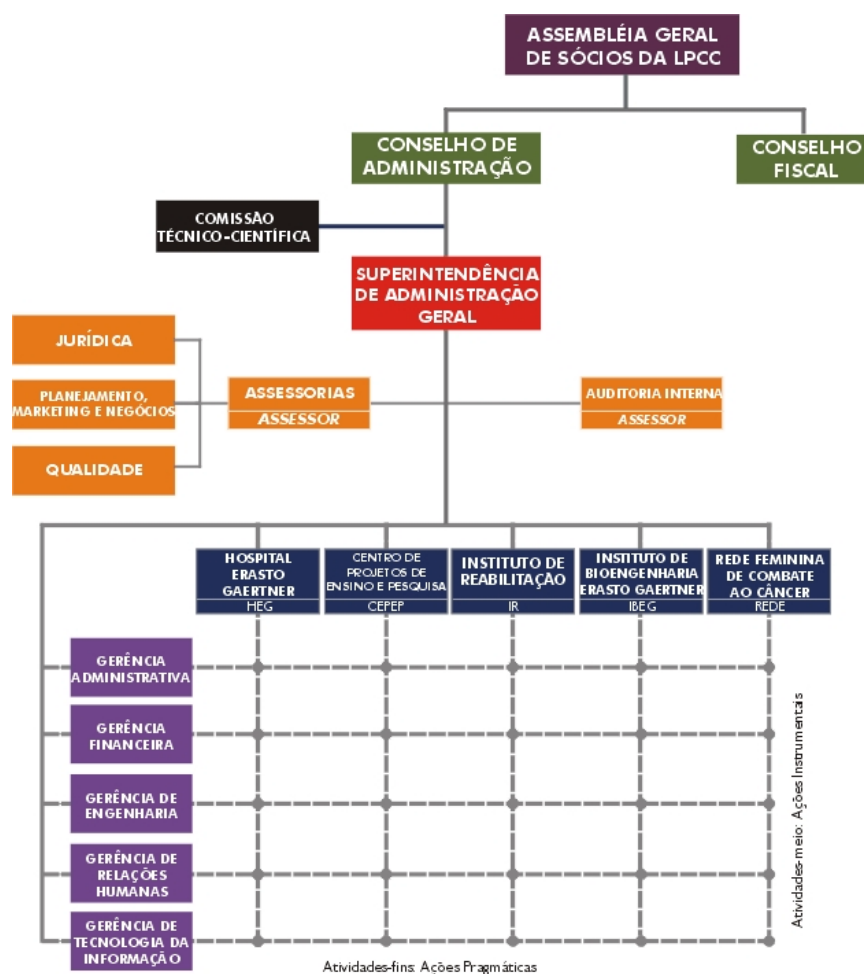
Como visto anteriormente, o hospital apresenta uma estrutura profissional expressa através de um organograma que freqüentemente atende exclusivamente às necessidades dos médicos, não contemplando os outros profissionais necessários à assistência e uma estrutura funcional, expressa através de seu organograma administrativo, que apresenta as funções de apoio de forma divisionada.

Como não existem pontos de contato entre as duas estruturas, exceto pela presença da direção clínica nos dois organogramas, inexistem locais para a discussão de mudanças e projetos que envolvam o conjunto dos recursos humanos do hospital.

A adoção da organização matricial proporciona à empresa condições de flexibilidade e funcionalidade adequadas para atender às mudanças ambientais e à sua própria dinâmica, possibilitando a adoção de uma sistemática adaptável de utilização de recursos e de processos de trabalho, para a consecução dos objetivos preestabelecidos (CURY, 2005, p.256).

Considerando as necessidades das organizações hospitalares, a estrutura matricial é uma forma mista, em que se combina a estrutura divisionada de assistência com a estrutura divisionada de apoio e gestão, possibilitando que a organização, ao invés de adotar grupos de atividades afins, cada qual com suas subestruturas funcionais, mantenha os órgãos funcionais centrais com suas características originais.

No estado do Paraná, a Liga Paranaense de Combate ao Câncer (LPCC) optou pela implantação do organograma matricial (Fig. 10), buscando integração, interdependência e a interfuncionalidade entre as áreas envolvidas em projetos e objetivos comuns que este organograma permite (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2005, s.n.).



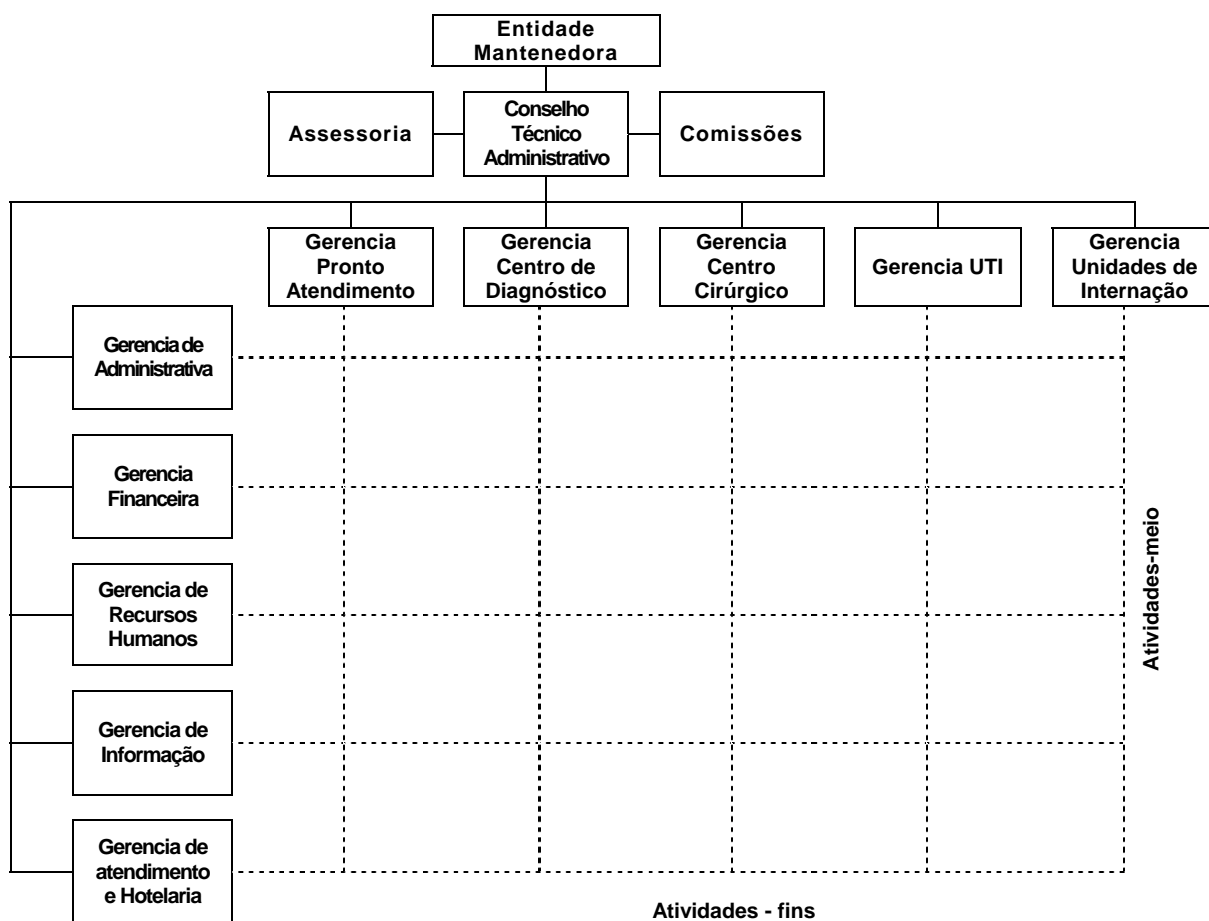
**Figura 10 - Organograma Liga Paranaense de Combate a o Câncer, Curitiba-PR, 2005.**

Fonte: Hospital Erasto Gaertner. Organograma da Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Disponível em <http://www.erastogaertner.com.br/Estrutura.html>. Acesso em 15/06/2005.

O organograma da LPCC oferece uma boa representação gráfica (fig. 10) do exposto anteriormente. Este organograma separa e ao mesmo interliga, matricialmente, as atividades-fins, compostas de ações pragmáticas, das atividades-meio, compostas por ações instrumentais.

A solução encontrada pela LPCC (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2005) responde ao conjunto de condições proposto por Cury (2005, p. 256), sendo adequada às necessidades dos hospitais. Para exemplificar a utilização deste tipo

de organograma em organizações hospitalares menos complexas foi elaborado um exemplo expresso através da Fig 11.



**Figura 11 – Proposta de Organograma Matricial**

Fonte: a autora.

Nesta proposta, as gerências das atividades-fins serão sempre paritárias, ou seja, formadas por pares compostos de uma enfermeira e um médico. Desta forma, podem ser estabelecidas comissões de trabalho com a participação das gerências, de acordo com a natureza dos problemas ou dos projetos, perfeitamente inseridas na hierarquia da organização.

### 5.3. SOBRE AS NECESSIDADES DE CONTROLE DO TRABALHO PROFISSIONAL

Retomando a idéia que o hospital, como organização burocrática e complexa, detentora de alguns traços do tipo-ideal de burocracia racional de Weber (apud Carapinheiro,1998, p.46), torna-se necessário reconhecer, que o poder e a autonomia dos profissionais médicos acaba por gerar um “sistema dual de autoridade” (GOSS, 1963; SMITH, 1970 apud CARAPINHEIRO, 1998, p.46).

O conflito de autoridade, conforme o conceito de Weber, racional-legal e carismática, exige habilidades de negociação para lidar com questões éticas relacionadas à individualidade da atuação profissional.

Os profissionais credenciados detêm o monopólio no acesso e no fornecimento de clientes de certos bens, serviços e benefícios desejados. O poder gerado por este monopólio varia de profissão para profissão e de organização para organização,

[...] mas quem o utiliza de uma forma mais extensiva e mais complexa é sem dúvida, a profissão médica. Para além dos serviços que fazem parte do quotidiano do trabalho médico no hospital também certificam doenças e incapacidades, tornando os indivíduos elegíveis para a obtenção de subsídios e indenizações do estado. A amplitude do exercício deste poder e a necessidade de regulação sobre ele produzida podem estar na origem de freqüentes conflitos entre os profissionais e a administração burocrática da organização ou até a administração central. (CARAPINHEIRO, p. 53)

No domínio do exercício profissional dos médicos, existe um conjunto de relações formais de natureza predominantemente consultiva, que se concretiza no direito de os médicos colocados numa posição hierárquica de supervisão, fornecerem orientações e aconselhamento aos médicos que lhe são subordinados, os quais são obrigados a recebê-los de uma forma crítica, podendo seguir ou não as orientações recebidas. Estas relações formais de supervisão estruturam-se para

permitir a supervisão sistemática do trabalho médico, mas conservam intacta a autoridade individual de cada médico (CARAPINHEIRO, p.48).

Algumas destas relações se baseiam na liderança típica, que um professor tem sobre o seu aluno; outras precisam estar previstas em regulamentos, que estabelecem relações de autoridade e representação. No Brasil, coube ao Conselho Federal de Medicina - CFM, formalizar as relações fundamentais para o exercício profissional no contexto da organização hospitalar, inicialmente através da Resolução CFM nº. 1.124/83 de 29/08/1983, atualizada em 08/08/1997 pela Resolução CFM nº. 1481/97 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005, s.n.)

Conforme estas Resoluções, todos os hospitais brasileiros devem possuir um Regimento Interno para disciplinar e organizar a formação do corpo clínico<sup>17</sup> do hospital:

[...] o Regimento interno deverá prever as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópicos, ainda que não faça parte do corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (Art. 25 do Código de Ética Médica). (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997, s/n).

Estas resoluções prevêm, também, a obrigatoriedade da eleição de um Diretor técnico e um Diretor clínico. O primeiro, com deveres de mediação junto ao hospital de assuntos técnicos como a padronização de materiais e medicamentos ou o faturamento de contas médicas e o segundo, com deveres de mediação política entre os grupos médicos e, na fronteira da organização, pela defesa dos interesses de seus pares.

---

<sup>17</sup> Conforme a Resolução CFM nº. 1481/97 corpo clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica e cultural (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005, s.n.).

Finalmente, a Resolução do CFM nº 1481/97, prevê a criação de comissões, que devem estar explicitadas no Regimento Interno do Corpo Clínico, obrigando a formação em todos os hospitais de uma Comissão de Ética.

### **O papel das comissões no controle do trabalho dos profissionais**

Para Mintzberg (2003, p. 221), estas comissões funcionam como instrumentos de religação, incomuns na essência operacional, mas abundantes nas organizações profissionais na forma de comitês e comissões.

As comissões são um meio tradicional de organização das categorias profissionais para a discussão de assuntos relevantes e de interesse comum. No âmbito hospitalar, Teixeira (1989, p. 40), cita a importância das comissões para o controle da prática profissional, destacando as comissões de: credenciamento e desempenho; auditoria médica; arquivo médico e documentação; farmácia; histopatologia; ensino; e científica.

A partir de 1983, o Ministério da Saúde, através da Portaria 196, de 26/06/1983, torna obrigatória no Brasil a formação de comissões de controle de infecções hospitalares em todos os hospitais do país. A formação prevista para esta comissão, vai introduzir um elemento novo para a maioria dos hospitais brasileiros, as comissões multidisciplinares, possibilitando uma inédita participação da enfermagem e de outros profissionais não médicos na discussão de assuntos antes restritos àquele grupo.

Na atualidade, são comuns nos hospitais as comissões de cadastramento médico, voltadas a disciplinar o ingresso no corpo clínico; padronização de materiais e medicamentos, voltadas a disciplinar o uso destes

materiais, buscando de um lado o controle de custos e de outro o controle da epidemiologia hospitalar; comissão de revisão de prontuários voltada à garantia da qualidade da informação contida nestes documentos; revisão de óbitos voltada a pesquisa das razões dos óbitos hospitalares; protocolos clínicos voltada ao estabelecimento de protocolos clínicos (padronização de processos); histopatologia ou tecidos voltada a verificação da pertinência da retirada de tecidos de pacientes; entre outras (HOSPITAL SAMARITANO, 2005, s.n.; SANTA CASA DE MARINGÁ, 2005, s.n.).

Diversas das comissões anteriormente mencionadas possuem, na atualidade, formação multidisciplinar configurando-se em importantes fóruns para discussão de assuntos polêmicos, que revelam a natureza dos conflitos de interesse e possibilitam a construção do consenso necessário ao desenvolvimento do hospital.

A autonomia dos profissionais e as formas consagradas de controle de suas atividades, através da supervisão de quem os formaram, ou de seus pares, pode não ser suficiente, segundo Mintzberg (2003, p.232), para lidar com profissionais incompetentes ou inescrupulosos. Para aquele autor, o profissional incompetente é aquele que se recusa a atualizar suas habilidades. O profissional inescrupuloso é o que está mais preocupado com o lucro do que com os clientes, ou ainda, o que fica tão apaixonado por suas habilidades, que se esquece das reais necessidades de seus clientes. Para esse autor, um profissional que ignora as necessidades de seus clientes se sentirá encorajado a ignorar as necessidades da organização.

Para muitos, a organização é quase um incidente, um lugar conveniente para exercer suas habilidades. São leis à profissão e não ao lugar em que a praticam (MINTZBERG, 2003, p. 233).

Um segundo problema verificado por Mintzberg (2003, p. 233) e que não pode ser controlado pelas formas convencionais de controle do exercício profissional, é a resistência à inovação. Em virtude da natureza burocrática da organização profissional ela é “*bem ajustada para produzir outputs padronizados, mas mal ajustada para adaptar a produção de novos outputs*”. Conforme o autor, na burocracia profissional a tendência é adaptar os novos problemas as antigas categorizações o que leva estas organizações a posturas extremamente conservadoras.

O terceiro problema identificado por Mintzberg (2001), são as respostas disfuncionais dadas aos problemas de coordenação dos profissionais. Como por exemplo, o administrador hospitalar, que diante de problemas de falta de compromisso com o hospital, impõe regras ao profissional restringindo sua possibilidade de ação no hospital, ao que o profissional pode responder se afastando do hospital, fazendo política contra o administrador ou simplesmente aumentando, deliberadamente, os custos do tratamento dos pacientes que atende no hospital.

Para Mintzberg (2001), não há outra forma de encarar estes problemas na burocracia profissional se não pela mudança gradual:

A mudança na burocracia profissional não decorre de novos administradores que assumem cargos para enunciar grandes mudanças, nem pela intenção das tecnoestruturas governamentais em manter os profissionais sob seu controle. Ao contrario, a mudança deve ser gradual, mediante um processo lento de transformação dos profissionais - mudar quem pode entrar na profissão, o que aprendem nas escolas profissionais (normas, bem como habilidades e conhecimentos) e, após isso, quão dispostos estão para ampliar suas habilidades (MINTZBERG, 2003, p. 239).

O modo como os profissionais se organizam, individualmente ou em casulos, leva a um outro tipo de problema, conforme Mintzberg (2001, p. 281),

concentra a maior parte do julgamento nas mãos dos profissionais. Para o autor isto é ótimo quando o profissional é competente e consciencioso, e um desastre quando não é. Neste caso, pode ocorrer uma inversão entre meios e fins levando, por exemplo, o profissional a solicitar exames aos seus pacientes, visando ganhos extras proporcionados pela utilização de uma máquina da qual é sócio.

A situação se complica pela relutância corporativista de agir contra seus pares e se sustenta na dificuldade de medir ou padronizar *outputs* referentes ao trabalho profissional: como é possível afirmar, que o exame solicitado era desnecessário ou poderia ser substituído por outro?

Se o profissional inescrupuloso é capaz de ignorar as necessidades de seus clientes/pacientes, por que não ignoraria as necessidades da organização na qual presta seus serviços ? Bons profissionais freqüentemente são leais com a sua profissão, mas não necessariamente com os locais em que a praticam. Desta forma, muitas organizações hospitalares podem não contar com a lealdade destes profissionais. Sem esta lealdade *“para dar suporte as estratégias gerais, para preencher suas comissões administrativas, para fazê-las transpor conflitos com as associações profissionais”* (Mintzberg, 2001, p.281), estas organizações enfrentarão enormes dificuldades de sustentação político-econômica.

### **O papel da enfermagem nos hospitais**

A enfermagem é, sem dúvida, o grupo mais constante e presente no ambiente hospitalar. *É o único grupo profissional que permanece no hospital 24 horas por dia, sendo inegável a sua contribuição para o atendimento do doente* (GONÇALVES, 1998, p. 82).

O serviço de enfermagem pode ser caracterizado por seu principal mecanismo de coordenação, a supervisão direta, hierarquizada, realizada através de enfermeiras chefes nas unidades assistenciais e de uma enfermeira chefe geral para o hospital. As enfermeiras chefes, além de serem responsáveis pelo trabalho dos funcionários de sua equipe, são responsáveis pela padronização dos processos de trabalho (rotinas de enfermagem) e pela permanente instrução da equipe para a adequada execução destes processos (educação permanente). Esta estrutura baseada em disciplina e padronização dos processos, aproxima-se do conceito de organização maquinal de MINTZBERG (2001, p.153).

Por suas características, a enfermagem representa o principal contraponto burocrático a atividade profissional do médico. Segundo Carapinheiro (1998, p. 81), *“o pessoal de enfermagem pode constituir uma forma de mediação privilegiada entre os doentes e o poder médico”*, podendo representar *“uma possibilidade de plataforma de mediação”*, através dos enfermeiros-chefes, entre o poder médico e o poder administrativo, ganhando especial destaque por atuarem diretamente nas áreas assistenciais onde os diversos conflitos e tensões típicas das organizações hospitalares se materializam.

Estes conflitos tendem a se aprofundar pelos desacordos de propósitos entre administração e corpo clínico e é na delimitação dos territórios de negociação na divisão de trabalho dos hospitais, que a questão dos objetivos institucionais se torna estratégica. *“Se em nada houver acordo, há pelo menos num ponto: o objetivo básico do hospital é recuperar o doente para o mundo exterior em condições de saúde física e mental”* (CARAPINHEIRO, 1998, p. 63).

Ao realizar o trabalho assistencial, a enfermagem movimenta papéis e gera informações referentes às unidades de assistência. Estas informações vão

desde a movimentação de materiais, medicamentos e equipamentos até a formação da documentação de pacientes (prontuário de paciente), que servem de base ao faturamento hospitalar. Estas tarefas, tipicamente administrativas, levadas a cabo por pessoal tipicamente assistencial, representam, por um lado, o principal ponto de contato entre as estruturas assistenciais e administrativas da organização hospitalar e, por outro, a possibilidade de religação da administração com o corpo clínico.

O alinhamento da enfermagem com os médicos é facilitado pela natureza assistencial comum ao trabalho de ambos. Frequentemente estes profissionais são colocados lado a lado na atenção aos pacientes, e mesmo quando ausente do hospital, o médico é obrigado a manter o contato à distância com a equipe de enfermagem para manter-se informado e exercer a supervisão e o controle da assistência.

Para que a enfermagem possa exercer o papel de religação entre os médicos e a administração, torna-se fundamental que a enfermagem sinta-se parte integrante da administração, o que se efetiva pela elevação da chefia de enfermagem para o nível de diretoria, garantindo a sua presença no ápice estratégico da organização. Desta forma, a partir do ápice estratégico e através da hierarquia tipicamente maquinal da enfermagem, a administração poderá ter acesso de cima para baixo as unidades assistenciais.

### **A perspectiva da ordem negociada**

Diversos autores enfatizam a necessidade do acordo consensual sobre os objetivos claramente enunciados, como condição essencial para o compromisso de todos os membros com as atividades da organização. Entretanto, a

constatação de que *em qualquer organização, a interpretação oficial dos objetivos é sempre temperada por entendimentos particulares dos grupos que pertencem à organização* (CARAPINHEIRO, 1998, p. 60), coloca em perspectiva a importância da negociação, que permite considerar como parte dos interesses da organização os interesses dos grupos que a compõem.

Carapinheiro (1998, p.61), descreve este fenômeno introduzindo o que chama de a perspectiva da ordem negociada:

[...] reconhece-se que a evolução das organizações, determinada por fatores externos e internos, tem progressivamente dispensado essa base contratual (dos objetivos claramente enunciados), para abrir espaço as mudanças que afetam objetivos, atividades, recursos, práticas e ideologias e para consagrar o ponto de vista de que a estrutura formal das organizações depende em larga medida dos vários tipos de negociações que os seus membros estabelecem entre si, em diferentes áreas de trabalho e de interação, na elaboração e reelaboração dos compromissos indispensáveis para manter em funcionamento as atividades diárias da organização (CARAPINHEIRO, 1998, p. 61).

Ou seja, os profissionais e os administradores dos hospitais renegociam, de forma permanente, a ordem necessária para o crescimento destas organizações, entendendo que o resultado deste processo expressará, sempre, necessidades individuais, que transportadas para o contexto mais amplo da organização, se modificam para gerar um consenso que permite o desenvolvimento da organização.

Paradoxalmente, e por razões estratégicas, a organização precisa estar ciente de seus objetivos oficiais, que funcionam como eixo disciplinador das negociações, ou ainda, como “cimento simbólico” (Strauss, 1963, apud Carapinheiro, 1998, p. 63) fornecendo a coesão institucional, *embora reconhecendo que este símbolo mascara uma margem muito ampla de desacordos e propósitos discrepantes* (CARAPINHEIRO, 1998, p. 63).

## **A importância da definição da missão do hospital para o estabelecimento da ordem negociada**

Para Cecílio (2000, p. 974), os objetivos oficiais da organização, entendidos como sua missão, *seriam aqueles que representam as proposições gerais da organização, assumidos em manifestações formais e públicas pelos dirigentes.*

São propositalmente vagos e genéricos e não indicam os dois maiores fatores que influenciam o comportamento organizacional: as inúmeras decisões que podem ser tomadas entre vias alternativas para alcançar os objetivos oficiais e a prioridade dos objetivos múltiplos, e os muitos objetivos não oficiais perseguidos por grupos dentro da organização (PERROW, 1978 apud CECÍLIO, 2000, p. 974).

A definição da missão da organização hospitalar pode funcionar, de acordo com Cecílio (2000, p. 978), como uma ferramenta de gestão. Para ele a explicitação da missão traz ganhos pelo processo de discussão envolvido que tem como consequência:

- o encontro de um instrumento de “costura” de consensos junto à equipes, tão diversificadas e com tanta assimetria de poder como são as da saúde;
- o estímulo para o deslocamento da atenção das equipes, de seus problemas internos para o cliente, o que representa, por si só, um dispositivo importante de mudança na cultura dominante;
- o esclarecimento, para os trabalhadores, da singularidade da organização e sua responsabilidade social, com forte ênfase no alcance de determinados resultados;
- a alimentação do processo de planejamento, facilitando a percepção dos problemas finais, ou seja, aqueles vividos pelos usuários, deslocando a atenção dos problemas intermediários. Na seqüência as dificuldades encontradas no cumprimento da missão orientarão a reformulação do planejamento;
- o estímulo ao uso criterioso de informações e a criação de indicadores que possibilitem o acompanhamento do desempenho da organização.

Visto desta forma torna-se clara a importância da definição da missão da organização, a despeito das limitações observadas anteriormente. Por um lado o processo proporcionado pela definição da missão favorece o estabelecimento de consensos indispensáveis à obtenção de uma ordem negociada, por outro lado, a existência de uma missão proclamada publicamente ajuda na incrementação da estratégia mais ampla da organização, através da tomada coerente de decisões diárias pelos gestores.

A definição da missão é uma condição indispensável de sustentação da organização, podendo ser uma poderosa aliada na garantia do processo estratégico. Para tal é indispensável que a missão da organização esteja clara e seja freqüentemente recolocada (Cecílio, 2000, p. 978). A Missão tem o papel, conforme Strauss (1963 apud Carapinheiro, 1998, p. 63) de cimento simbólico, indispensável ao estabelecimento de uma ordem negociada.

### **A importância do conhecimento sobre como se estruturam as organizações hospitalares**

Conhecer as principais características das organizações profissionais e dos hospitais enquanto organizações profissionais, buscando entender as necessidades de controle do trabalho dos profissionais e conhecer os instrumentos de gestão decorrentes destas necessidades era a proposta do objetivo específico 2 do presente estudo.

Cumprida esta tarefa, objeto da seção que se encerra, é possível afirmar que foram dadas as condições básicas para que se estabeleçam os papéis do administrador de profissionais, objeto da próxima seção deste estudo.

#### 5.4 ADMINISTRANDO ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS

Antes de iniciar propriamente a discussão sobre as peculiaridades de administrar organizações profissionais ou organizações de base profissional e, conseqüentemente, do papel de seu administrador, cabe incrementar a compreensão sobre quem é, ou deveria ser este indivíduo.

Mintzberg (2003, p. 221), utilizando o termo **administrador profissional**, afirma que este deve ser, necessariamente, um profissional habilitado pelo órgão de classe e, preferencialmente, ser eleito para a função por seus pares. Esta formulação parece ambígua, uma vez que o autor não deixa claro qual a habilitação necessária: se a mesma que a dos profissionais a serem coordenados ou se a de um graduado em administração.

Uma vez que o autor utiliza este termo tão-somente quando trata das organizações profissionais, parece que a primeira opção é a que melhor interpreta sua afirmação. Esta situação ajuda a entender a obrigatoriedade de ter um médico eleito, ocupando o cargo de Diretor Clínico no hospital, integrando o ápice estratégico desta organização.

Entretanto, esta proposição não ajuda a compreender os problemas de coordenação, que surgem quando nenhum profissional, representante da essência operacional, participa do ápice estratégico da organização, comum nas entidades filantrópicas brasileiras, ou ainda, situações freqüentes em que, pelo número de habilitações profissionais necessárias ao funcionamento do hospital, não será possível tê-las todas representadas no ápice estratégico.

No presente trabalho, será utilizado o termo **administrador de profissionais** para indicar um indivíduo cuja necessidade de habilitação profissional

será entendida como a posse de uma formação superior e de competências individuais necessárias à coordenação do trabalho de profissionais. Vale lembrar, que a definição dessas competências individuais, configura-se como objeto da presente pesquisa.

Independente da formação superior, as competências individuais deste administrador de profissionais devem favorecer o sentimento de legitimidade de sua ação pelo grupo profissional localizado na essência operacional, habilitando-o de fato para o exercício de sua função.

Esta visão é compartilhada por alguns autores, que acreditam que a área de saúde, entre outras coisas, *vive de lideranças carismáticas, o administrador hospitalar obtém melhores resultados quando consegue credibilidade por suas ações e pela forma de vender suas idéias* (CARAP, 1998 apud MALIK 1998, p. 18).

A legitimidade da ação do administrador de profissionais tem se demonstrado fundamental ao enfrentamento das dificuldades, que o mesmo vai encontrar para conduzir a organização, sempre na dependência do trabalho de profissionais, que gozam de autonomia e que só se sentem parcialmente submetidos a seus próprios pares e em situações específicas.

### **O processo de formação da estratégia nas organizações profissionais**

Usando a definição de estratégia como padrão em ação, pode-se entender a formulação da estratégia nestas organizações, como resultante de discussões e ações, que se ordenam em padrões ao longo do tempo (MINTZBERG, 2001, p. 277). Ou seja, dentro dos minúsculos casulos, a forma de produzir bens ou prestar serviços está sendo continuamente alterada, os procedimentos reformulados

e a clientela deslocada, ao passo que no conjunto da organização, os casulos estão sendo adicionados e reorganizados.

O alto grau de autonomia requerido pelos profissionais faz com que o administrador de profissionais abra mão de boa parte de seu poder. As atividades de planejamento acabam se constituindo em linhas gerais de atuação, pois será no interior dos casulos, que efetivamente vão ocorrer os processos de mudanças. Segundo Mintzberg (2001, p. 275), estes processos são lentos e se caracterizam pelo trabalho individual.

Devido ao alto grau de independência com que ocorrem os processos, é possível afirmar, que a estratégia nestas organizações é formada a partir destes casulos, aonde os profissionais responsáveis por tarefas intelectuais de alto nível de complexidade, através de atividades diárias, vão dando forma à estratégia da organização.

[...] alguns profissionais gostam de descrevê-las como pirâmides invertidas, com operadores no topo e os administradores abaixo para servi-los, para assegurarem que as instalações cirúrgicas sejam mantidas limpas e as salas de aula bem supridas de materiais de ensino. Tal descrição subestima o poder do administrador profissional (MINTZBERG 2003, p. 221).

Para observadores não acostumados ao ambiente profissional, pode parecer que as lideranças destas organizações não assumem o papel de autores de estratégias, pois parecem confusos sobre como a organização profissional precisa funcionar. Entretanto, é possível constatar, que cabe ao administrador de profissionais a difícil tarefa de manter os casulos em sintonia, possibilitando que a estratégia, que se forma nos casulos venha a compor a estratégia geral da organização.

Para Mintzberg (2003, p. 222), *o administrador profissional pode não ter condições de controlar diretamente os profissionais*, mas ao desempenhar determinados papéis na organização pode ganhar considerável poder indireto. Para o autor, estes papéis são caracterizados pela lida interna com distúrbios da estrutura e pela lida externa, na fronteira da organização com regulamentações governamentais, associações de clientes, representantes dos financiadores de serviço e outros.

O administrador de profissionais terá poder pela sua capacidade de proteção dos interesses profissionais, tanto junto à comunidade como no âmbito da organização. A defesa da autonomia profissional é necessária, primeiramente, pela possibilidade da conquista da desejada colaboração dos profissionais e finalmente, pelos ganhos de legitimidade decorrente do processo.

Esta condição é necessária e suficiente para que a rede de interações do hospital seja cruzada por múltiplas estratégias, que, de uma forma simplificada, são de poder por parte dos médicos e de controle do poder médico por parte dos administradores (CARAPINHEIRO, 1998, p. 60).

Considerando a liderança como um processo de redução da incerteza, Bavelas (1967, apud Chiavenato, 2001, p. 158), a define como *um processo contínuo de escolha que permite ao grupo caminhar em direção a sua meta, apesar de todas as perturbações internas e externas*. Esta definição se encaixa perfeitamente naquilo, que se espera do administrador de profissionais, que represente e proteja os interesses e a autonomia dos profissionais, utilizando um estilo democrático (Chiavenato, 2001, p. 162) e conduzindo a organização para o cumprimento de seus objetivos principais.

## Os papéis <sup>18</sup> do administrador segundo Mintzberg

Mintzberg (1973, apud CHIAVENATO 2001, p. 210), identificou dez papéis dos administradores separando-os nas três categorias, abaixo descritas e apresentados no Quadro 01, a seguir:

- Papéis interpessoais - que representam as relações com outras pessoas e estão relacionados com as habilidades humanas. Mostram como o administrador interage com as pessoas e influencia os subordinados;
- Papéis informacionais - que descrevem as atividades usadas para manter e desenvolver uma rede de informações. Mostram como o administrador intercambia e processa a informação;
- Papéis decisórios - envolvem todos os eventos e situações em que o administrador deve fazer uma escolha ou opção. Mostram como o administrador utiliza a informação em suas decisões.

**Quadro 01: Os dez papéis do administrador segundo Mintzberg**

<b>Categoria</b>	<b>Papel</b>	<b>Atividade</b>
Interpessoal	Representação	Assume deveres cerimoniais e simbólicos, representa a organização, acompanha visitantes, assina documentos legais.
	Liderança	Dirige e motiva as pessoas, treina, aconselha, orienta e se comunica com subordinados.
	Ligação	Mantém redes de comunicação dentro e fora da organização, usa malotes, telefones, reuniões.
Informacional	Monitoração	Manda e recebe informações, lê revistas e relatórios, mantém contatos pessoais.
	Disseminação	Envia informação para os membros de outras organizações, envia memorandos e relatórios, telefonemas e contatos.
	Porta-voz	Transmite informações para pessoas de fora, através de conversas, relatórios e memorandos.
Decisional	Empreende	Inicia projetos, identifica novas idéias, assume riscos, delega responsabilidades de idéias para outros.
	Resolve conflitos	Toma ação corretiva em disputas ou crises, resolve conflitos entre subordinados, adapta o grupo a crises e mudanças.
	Alocação de Recursos	Decide a quem atribuir recursos. Programa orça e estabelece prioridades.
	Negociação	Representa os interesses da organização em negociações com sindicatos, em vendas, compras e financiamentos.

Fonte: MINTZBERG, H. (1973). Adaptado por CHIAVENATO, I. Teoria Geral da Administração. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2001. p. 210.

<sup>18</sup> O papel de um profissional pode ser definido como: desempenho, função e atribuição. A atribuição pode ser definida como a faculdade (poder de fazer algo) inerente a um cargo. (FERREIRA, 1961).

## **Principais características das organizações hospitalares**

Como visto anteriormente, as organizações hospitalares apresentam características, que as tornam únicas quanto à complexidade da gestão. Com o objetivo de traçar um paralelo com os papéis do administrador e as necessidades específicas destas organizações, foi elaborada uma síntese das principais características levantadas e discutidas anteriormente neste estudo. Este rol de características deverá ajudar na determinação dos papéis distintivos do administrador de profissionais de organizações hospitalares, conforme o modelo proposto por Mintzberg (1973 apud Chiavenato, 2001, p.210), bem como na preparação do instrumento de pesquisa relacionado a este estudo.

### **Características relacionadas à cultura organizacional (ideologia)**

Foram encontradas evidências de um processo de mudança na cultura das organizações hospitalares, em resposta a transição da finalidade caritativa para terapêutica. Este processo de transformação do hospital em instrumento terapêutico é entendido por alguns como gerador de custos e por outros como gerador de resultados especialmente na área assistencial.

### **Características relacionadas ao cenário atual do setor de saúde no Brasil**

Foi constatada a existência de um processo de mudança, em curso, nos parâmetros de financiamento dos serviços públicos de saúde baseados na distribuição por base *per capita* e pela epidemiologia das regiões. Processo que tem

sido doloroso para os hospitais e gerado discordâncias de opinião sobre a sua eficácia, enfraquecendo o modelo hospitalocêntrico e fortalecendo o de sistema hierarquizado de saúde, levando a reflexão sobre o papel do hospital no novo modelo.

Foi constatado um crescente aumento dos custos dos serviços hospitalares, decorrente de aumentos da indústria farmacêutica, exacerbado desenvolvimento tecnológico, imposição dos profissionais pela adoção das novas possibilidades de tratamento, prescrição duvidosa pelos profissionais de recursos de diagnóstico e tratamento com finalidade própria em detrimento das reais necessidades do paciente e dos recursos disponíveis nos hospitais.

### **Características decorrentes do desenho estrutural da organização como organização profissional**

A revisão bibliográfica mostrou que o hospital, enquanto **organização profissional**, caracteriza-se pela coordenação do trabalho a partir da padronização das habilidades, o que ocorre fora da organização e não pode ser controlado pelo administrador.

Um maior comprometimento com a finalidade acarreta o aumento da presença profissional e traz a tona conflitos de interesse entre os profissionais e entre estes e a organização. Esta situação determina a introdução de mecanismos de controle do trabalho profissional, tais como o Regimento Interno do Corpo Clínico, as comissões profissionais obrigatórias e impõe ao administrador de profissionais o papel de ligação entre os profissionais e entre estes e as demais partes da organização.

### **Como organização diversificada**

A revisão bibliográfica mostrou também, que conforme o hospital melhora sua capacidade de resolução, buscando o modelo de instrumento terapêutico, as estruturas de apoio se multiplicam e se tornam mais complexas. A gestão desta complexidade exige um mecanismo típico de coordenação das **organizações diversificadas**, o gerenciamento através do acompanhamento dos indicadores hospitalares (*outputs*).

Ainda relacionado à gestão desta complexidade, a revisão bibliográfica apontou para a possibilidade da utilização do organograma matricial, como forma de integrar as atividades-fins às atividades-meio, possibilitando espaços formais de discussão dos problemas comuns.

### **Características fundamentais para a formação e a implementação da estratégia**

A discussão das relações de poder nos hospitais levou a constatação da existência de poderes concomitantes e conflitantes nesta organização, representadas de um lado pelo poder constituído (autoridade racional-legal) da administração e, de outro, pelo poder que emana do corpo médico profissional (autoridade carismática). Estes últimos detêm os saberes indispensáveis às atividades-fim das organizações hospitalares, que determinam condições especiais para a formação e a implementação da estratégia.

Conforme Carapineiro (1998), só é possível levar adiante a formação e a implementação da estratégia nos hospitais, através do estabelecimento de uma “ordem negociada”. Para que isto seja possível, a revisão bibliográfica

apontou para a importância do estabelecimento da missão da organização, o papel das comissões no processo da construção destes consensos, a importância da enfermagem como elemento de ligação entre os diversos grupos do hospital e, finalmente, o papel do administrador de profissionais como catalisador de todos estes processos.

### **Quanto à importância da missão**

Embora a missão por si própria não seja garantia da implementação da estratégia, pode funcionar como forte elemento agregador dos diversos segmentos profissionais, com a administração ajudando na formulação e na implementação da estratégia. Conforme Cecílio (2000, p. 974) a discussão da missão recoloca as necessidades do paciente à frente das necessidades dos grupos, proporciona elementos de costura de consenso favorecendo o processo de planejamento; Ajuda na valorização da singularidade da organização e na divulgação de sua responsabilidade social.

### **Quanto às comissões profissionais e multidisciplinares**

Para Mintzberg (2003, p. 221), as comissões se constituem em possibilidade de religação entre os profissionais e servem de espaço de discussão de assuntos relevantes e de interesse comum, constituindo-se em fórum privilegiado na formação e na implementação da estratégia.

As comissões mais comuns no âmbito hospitalar são as de constituição obrigatória: a Comissão de Ética Médica e a Comissão de Controle de

Infecções Hospitalares, entretanto podem existir inúmeras outras conforme as necessidades da organização.

### **Quanto ao papel da enfermagem**

Por ser o único grupo que atua no hospital durante as 24 horas sem perder sua formação hierárquica, este grupo se torna especialmente importante no controle do trabalho dos profissionais, representando um contraponto burocrático (mediador) da atividade médica com a administração e oferecendo reais possibilidades de ligação entre o grupo médico e a administração do hospital.

Por sua estrutura hierárquica atingir todas as unidades assistenciais do hospital, local do exercício das atividades profissionais, este grupo se revela fundamental quanto a manutenção de um fluxo de informações de dupla mão entre os diversos níveis da organização e a administração.

A lealdade deste grupo para com as necessidades da organização pode ser estimulada pela participação de representantes do mesmo no ápice estratégico, fazendo com que as políticas da organização possam fluir do ápice para a essência operacional, através do organograma maquinal típico deste grupo profissional.

### **Quanto ao papel do organograma matricial**

Considerando a necessidade de coordenar unidades com propósitos diferentes, garantindo que cada uma delas realize suas atividades, de acordo com

os interesses da organização e o faça em harmonia com as demais, o organograma matricial aparece como uma boa solução formal para ajudar a reduzir os conflitos entre os grupos profissionais, relacionados à assistência e os demais profissionais e funcionários da organização dedicados às atividades de gestão e apoio.

Este organograma, inicialmente, separa os dois grupos de finalidades diversas para em seguida relacioná-los de forma matricial, possibilitando o surgimento de instâncias comuns dedicadas ao enfrentamento de problemas, que ultrapassam os limites dos grupos iniciais.

### **Quanto ao papel do administrador de profissionais**

Considerando a estratégia como padrão em ação, pode-se entender a formulação da estratégia nas organizações hospitalares como resultante de discussões e ações, que se ordenam em padrões ao longo do tempo (Mintzberg, 2001, p. 277). No interior dos diversos agrupamentos profissionais (ou casulos), a forma de prestar a assistência está sendo continuamente alterada, os procedimentos reformulados e a clientela deslocada.

Devido ao alto grau de independência com que ocorrem estes processos, é possível afirmar que a estratégia nestas organizações é formada a partir dos agrupamentos profissionais, através da realização diária de tarefas profissionais, que vai dando forma à estratégia da organização.

Para Mintzberg (2001, p. 275), embora o administrador de profissionais não possa controlar diretamente os profissionais, pode funcionar como catalisador do processo de formação e implementação da estratégia na organização, que emerge dos agrupamentos profissionais, mantendo em sintonia estes

agrupamentos e possibilitando que a estratégia que se forma venha compor a estratégia geral da organização.

### **Características Indispensáveis para legitimação da atuação do administrador de profissionais**

Para que o administrador seja legitimado na sua função, pelos profissionais, é indispensável que ele seja capaz de:

- Representar os profissionais na fronteira da organização defendendo seus interesses, juntamente com os da organização, como um corpo único;
- Reduzir a incerteza dos profissionais provendo o perfeito funcionamento da estrutura e garantindo condições de trabalho seguras;
- Negociar e lidar com as regulações do governo, com fornecedores e público em geral, sempre na perspectiva de proteção da organização e da autonomia dos profissionais;
- Representar a organização na imprensa, em órgãos públicos, sempre na perspectiva de proteção da organização e da autonomia dos profissionais;
- Negociar e garantir o pagamento de honorários profissionais devidos por atividades realizadas no âmbito do hospital.

### **Os papéis do administrador de profissionais em organizações hospitalares**

Com base nos papéis do administrador, propostos de Mintzberg (1973) e nas principais características das organizações hospitalares, foi montado o

Quadro 02, correspondente aos papéis do administrador de profissionais em organizações hospitalares.

### **A relevância de alguns papéis**

A comparação entre os papéis do administrador, propostos por Mintzberg (1973) e os papéis do administrador hospitalar, apresentados anteriormente, mostra que, na organização hospitalar, todos os papéis originais serão mantidos, entretanto alguns destes passam a ter maior relevância pelas necessidades específicas da organização hospitalar:

### **Papéis interpessoais**

Os papéis interpessoais se destacam pela importância do administrador na manutenção do grupo coeso e direcionado aos interesses da organização. Um dos principais papéis do administrador é ser o representante legítimo dos interesses e da autonomia dos profissionais dentro e fora da organização. Ao ser reconhecido pelos profissionais como um autêntico representante de seus interesses, o administrador estará construindo sua legitimidade junto ao grupo e lançando as bases de sua liderança.

## Quadro 02: Os dez papéis do administrador de profissionais em organizações hospitalares

<b>Categoria</b>	<b>Papel</b>	<b>Atividade</b>
<b>Interpessoal</b> (mostram como o administrador de profissionais interage)	Representação	Representa os profissionais na fronteira da organização defendendo seus interesses juntamente com os da organização como um corpo único; Representa a organização na imprensa, em órgãos públicos mantendo a perspectiva de proteção da organização e da autonomia dos profissionais;
	Liderança	Reduz a incerteza dos profissionais provendo o perfeito funcionamento da estrutura e garantindo condições de trabalho seguras; Promove a coesão do grupo a partir da definição, divulgação e implementação da missão da organização;
	Ligação	Constitui-se em elo de ligação entre os profissionais e entre estes e as demais partes da organização; Assegura a participação no ápice estratégico de representantes do corpo clínico e da enfermagem; Promove, estimula e participa das comissões multidisciplinares; Mantém redes de comunicação dentro e fora da organização;
<b>Informacional</b> (mostram como o administrador intercambia e processa a informação)	Monitoração	Monitora através de <i>out puts</i> o funcionamento dos diversos setores; Mantém-se informado sobre o setor de saúde através da mídia técnica, da participação em eventos, em reuniões do setor, etc; Monitora a movimentação dos grupos através de redes de comunicação, de contatos pessoais e reuniões;
	Disseminação	Dissemina a informação fora e dentro da organização através da promoção de eventos, organização de treinamentos, apoio a ações de atualização profissional;
	Porta-voz	Transmite informações para pessoas de fora da organização através de conversas, documentos, participação em eventos;
<b>Decisional</b> (mostram como o administrador utiliza as informações nas suas decisões)	Empreende	Catalisa idéias inovadoras que surgem nos grupos profissionais, ajustando-as as necessidades da organização e implementando-as. Assume os riscos deste processo;
	Resolve conflitos	Participa das comissões buscando estabelecer uma ordem negociada; Toma ação corretiva em disputas ou crises, resolve conflitos entre os grupos de profissionais e entre os subordinados, adapta o grupo a crises e mudanças;
	Alocação de Recursos	Programa, orça e estabelece prioridades de investimentos, considerando as necessidades de segurança que envolvem as praticas profissionais; Decide em conjunto com os representantes dos grupos a quem atribuir recursos;
	Negociação	Negocia e lida com as regulações do governo, com fornecedores, e com o publico em geral mantendo a perspectiva de proteção da organização e da autonomia dos profissionais; Negocia com financiadores da assistência (convênios de saúde), garantindo o pagamento de honorários profissionais devidos por atividades realizadas no âmbito do hospital; Promove negociações periódicas realinhando os interesses dos profissionais na perspectiva da estratégia geral da organização; Representa os interesses da organização e de seus profissionais em negociações com órgãos de classe, sindicatos e outros;

Fonte: adaptado pela autora com base no modelo de Mintzberg para os papéis do administrador.

A liderança se torna indispensável à motivação e ao alinhamento dos diversos grupos profissionais na direção da estratégia geral da organização. O administrador de profissionais deve ser capaz de induzir processos de mudança no interior dos grupos profissionais (casulos), proporcionando o alinhamento do interesses destes aos interesses gerais da organização.

O exercício pleno da liderança pressupõe que o administrador tenha clareza dos interesses da organização em cada momento, sob pena de ser cooptado por profissionais ou grupos que, em permanente defesa de seus próprios interesses, podem apresentá-los como interesses da organização.

Obviamente, não está descartada a possibilidade de que os interesses da organização coincidam com os interesses dos profissionais. Certamente, quanto maior forem estas coincidências, maior serão as possibilidades de êxito da estratégia adotada.

Promover a ligação entre os grupos é indispensável ao fortalecimento da organização. Para atingir estes objetivos, o administrador poderá lançar mão de recursos estruturais, tais como, a participação no ápice estratégico dos representantes do corpo clínico e da enfermagem e a criação de comissões multidisciplinares.

A presença de representantes dos grupos profissionais em funções de diretoria clínica, diretoria técnica e diretoria de enfermagem entre outras, no ápice estratégico, possibilitará ligação efetiva e diária entre a administração e estes grupos, que pode ser ampliada sempre que necessário pela criação de comissões. De caráter executivo, consultivo ou de controle da assistência (não da atividade individual do profissional), estas comissões configuram-se no palco indispensável à

negociação da ordem, geradora de consenso e indispensável ao desenvolvimento e a aplicação da estratégia geral da organização.

### **Papéis informacionais**

Um papel informacional de destaque é a monitoração do funcionamento do hospital por *out puts*, ou indicadores hospitalares. Através destas informações, sem que seja necessário de ater aos detalhes, o administrador de profissionais mantém-se atualizado quanto ao desempenho de cada setor.

Outro papel essencial é da disseminação da informação. Através de diversos meios o administrador deve manter a organização informada sobre os todos os assuntos de interesse dos grupos, evitando que versões paralelas promovam a insegurança e a desconfiança entre os profissionais e demais membros da organização.

Neste sentido, é importante salientar, que é comum nos hospitais o surgimento de versões paralelas dos fatos (boatos), utilizadas por grupos profissionais para influenciar a organização na direção de seus interesses. Esta prática pode ser combatida pelo administrador através da monitoração, em reuniões com os grupos envolvidos, proporcionando espaço adequado para que as versões possam ser confirmadas ou não e a organização mantenha-se em sua direção estratégica.

## **Papéis decisoriais**

Os papéis decisoriais são, indubitavelmente, fundamentais no exercício da administração hospitalar pela forma peculiar como ocorrem as decisões nestas organizações profissionais. Mintzberg (2001, p. 277:279), mostra que as decisões nestas organizações podem acontecer pelo julgamento profissional, por ordem administrativa ou por escolha coletiva.

Para Mintzberg, nas organizações profissionais, boa parte das decisões relacionadas aos serviços a serem oferecidos é deixada a cargo destes indivíduos, através do julgamento profissional. Este poder individual, entretanto, é restringido pelas interações internas ao próprio grupo, onde o poder de cada profissional deve obter legitimidade no consentimento dos demais, que julgam a partir de seu próprio treinamento e afiliação profissional, restando muito pouco ou quase nada para ser decidido no âmbito administrativo.

Os espaços privilegiados para decisões de ordem administrativa são o financeiro e o de apoio operacional. Decisões financeiras acertadas e a garantia de uma operação cotidiana sem sobressaltos, são garantia de autonomia e liberdade administrativa. A cada profissional interessa exercer suas atividades em ambiente de segurança para si e para seus clientes, apercebendo-se da existência da administração somente quando confrontado com falhas que comprometam seu exercício profissional.

A manutenção e o desenvolvimento da prestação dos serviços profissionais, alinhados as necessidades gerais da organização podem garantir ao administrador o poder e a autonomia necessários não só para administrar recursos

financeiros e operacionais, mas também, para influenciar no processo coletivo de tomada de decisões.

Para Mintzberg (2003), as decisões por escolha coletiva podem acontecer através: a) do consenso frente a interesses comuns; b) da promoção de algum auto-interesse, caracterizada por disputa política entre grupos conflitantes; c) da lata de lixo, quando um projeto aprovado coletivamente é tratado com desinteresse não sendo encaminhado pelo grupo que simplesmente o abandona; e d) da análise racional que gera argumentação e debate, permitindo que as questões realmente importantes possam emergir;

Os papéis decisoriais reservados aos administradores de organizações hospitalares são:

**Empreender:** catalisar idéias inovadoras, que surgem a partir dos grupos profissionais, ajustando-as as necessidades da organização, implementando-as e assumindo possíveis riscos.

De um modo geral favorece a inovação, através da promoção a eventos científicos, do incentivo a pesquisa, a participação em congressos e educação continuada.

**Resolver conflitos:** é nas situações de conflito, que o administrador pode se destacar quando capaz de tomar, com a agilidade necessária, as ações corretivas em disputas ou crises, resolvendo conflitos entre os grupos de profissionais e entre os subordinados.

Quando os interesses dos profissionais são ameaçados por crises ou mudanças, cabe ao administrador informar o grupo, esclarecer sobre as ameaças, apontar as oportunidades, mantendo o grupo coeso e aproveitando a situação para o fortalecimento da organização.

[...] em tempos de crise, os administradores poderão adquirir poderes mais extensos à medida que os profissionais se tornarem mais inclinados a transferir à liderança a solução das questões (MINTZBERG, 2001, p. 278).

**Alocar recursos:** tendo a frente uma organização, que se caracteriza pela existência de múltiplos interesses dos grupos que a compõe, que se confundem com os interesses da própria organização e freqüentemente leva a divergência sobre as prioridades de investimento, cabe ao administrador, através de processos analíticos, ordenar e hierarquizar racionalmente as prioridades, tendo como referência a missão e os objetivos gerais da organização. Este processo de planejamento deve produzir uma argumentação capaz de manter o grupo coeso, favorecendo a decisão em conjunto com os representantes dos principais grupos.

**Negociar:** é juntamente com a resolução de conflitos, um papel fundamental do administrador de profissionais, pois, ao lidar, nas mais diversas negociações, com as regulações do governo, com os fornecedores e com o público em geral, mantendo a perspectiva de proteção da organização e da autonomia dos profissionais, o mesmo firma-se como legítimo representante da organização.

Cabe ao administrador negociar com convênios, garantindo o pagamento de honorários profissionais devidos por atividades realizadas no âmbito do hospital, representar os interesses da organização e de seus profissionais em negociações com órgãos de classe, sindicatos e outros e promover, através de negociações periódicas, o realinhamento dos interesses dos profissionais na perspectiva da estratégia geral da organização.

## CAPÍTULO III

### 6. COMPETÊNCIAS REQUERIDAS AO ADMINISTRADOR DE PROFISSIONAIS

O objetivo desta seção é entender e conceituar as competências individuais necessárias ao exercício dos diversos papéis do administrador de profissionais, objeto da seção anterior. Para tal serão apresentados os conceitos de competência utilizados por alguns autores.

#### 6.1. CONCEITO DE COMPETÊNCIA

Em consulta ao Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa (1961), a definição encontrada é simples, mas caracterizada pela ação: “Competência: qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto.” (FERREIRA, 1961, p. 304)

“O livro das competências” de Enio Resende (2003, p. 30: 32) traz diversos conceitos, que o autor utiliza como referência para formular o seu próprio conceito, este também caracterizado pela ação:

Competência é a transformação de conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse, vontade, etc. em resultados práticos. Ter conhecimento e experiência e não saber aplicá-los em favor de um objetivo, de uma necessidade, de um compromisso, significa não ser competente.

Segundo Resende (2003, p. 4: 11) estamos vivendo a “Era da Competência”. O autor relaciona as profundas mudanças provocadas pelo processo de globalização econômica e cultural, com a valorização da competência e chama

atenção, particularmente, para a obsolescência de diversas profissões que tem levado à situações de desemprego e a busca por atualização profissional através do ensino formal.

Para Zarifian (1999, p. 33), o modelo de competência atual nasce de uma mudança profunda nas organizações de trabalho e nas relações sociais no seio das empresas, o que tem efeitos importantes, mas indiretos, sobre os conteúdos da formação profissional. Para esse autor competência é: "... tomar iniciativa e responsabilizar-se com o êxito, tanto no nível do indivíduo como de um grupo, diante de uma situação profissional." (ZARIFIAN, 1999, p. 34).

Esta definição coincide com a definição de competência em ação de Le Boterf (1995 apud FERNANDES, 2004 p. 26). Para esse autor, não há outra competência se não a competência em ação, entendida como uma via de mão dupla: de um lado combina os recursos individuais na busca de respostas à missão e aos objetivos da organização e, de outro, promove o desenvolvimento do indivíduo; de um lado favorece a implementação da estratégia da organização e de outro amplia as competências individuais dos envolvidos. Conseqüentemente, entende a implementação da estratégia da organização como elemento de desenvolvimento das competências individuais.

A compreensão do desenvolvimento da competência como um processo histórico e sistêmico, presente tanto em Le Boterf (1995) como em Zarifian (1999), condiciona o êxito na resolução de situações profissionais, as atitudes individuais e as responsabilidades de cada um:

Assumir a responsabilidade de uma situação profissional é enfrentar todas as obrigações e acontecimentos que podem surgir em uma situação e adotar, por si mesmo, todas as iniciativas que lhes correspondem.

É competente quem sabe fazer frente, com êxito, a uma situação profissional, em função dos objetivos ou da missão que lhe foram confiadas.

É competente também apelar, quando se vê superado pela complexidade da situação, a colegas de trabalho mais experientes e que podem ajudá-lo a dominar e controlar a situação, e que, por tanto, sabe ativar uma rede de cooperação. (ZARIFIAN, 1999, p.33:34).

O autor acima citado, afirma ainda, que a iniciativa no sentido de assumir uma responsabilidade é uma opção, que o indivíduo faz de mobilizar suas competências para o enfrentamento de uma situação profissional. E o faz não por que está prescrito em sua definição de cargo, mas porque opta por fazer. Só podendo ser imposto, de forma indireta, *“quando a hierarquia define o marco da responsabilidade de um indivíduo e o desafia, de alguma maneira, a assumir esta responsabilidade”* (ZARIFIAN, 1999, p.33:34).

Autores nacionais como Dutra (2001) e Fleury (2004) trilham este mesmo caminho, trabalhando o conceito de competência, ora no âmbito das organizações ora no âmbito dos indivíduos, mas concordando com a existência de uma relação sistêmica entre o desenvolvimento de competências individuais e o contexto das competências organizacionais.

Para Dutra (2001, p. 25), nos últimos anos ocorreu uma alteração no perfil das pessoas exigido pelas empresas, o novo perfil foge ao modelo taylorista de obediência e disciplina e passa a valorizar a autonomia e o empreendedorismo, implicando numa maior participação das pessoas no sucesso do negócio. O autor enfatiza que:

O negócio mobiliza não apenas os músculos e parte da inteligência, mas todo o seu potencial criador, sua intuição, sua capacidade de interpretar o contexto e de agir sobre ele, gerando vantagens competitivas únicas (DUTRA, 2001,p. 26).

Para Dutra (2001, p. 28), a competência só se realiza se existe uma disposição do profissional para entregar-se a empresa. Um indivíduo pode possuir diversos recursos sem que esteja disposto a entregá-los a organização. Ao não entregá-los, eles perdem significado, não se realizando enquanto competências individuais ou organizacionais. Para o autor, o termo “entrega” resume-se a um saber agir de maneira responsável e ser reconhecido por isso, adotando a definição de competência formulada por Fleury (2004, p.29).

Para Fleury (2004, p. 26) competência é:

[...]. um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico a organização e valor social ao indivíduo (FLEURY, 2004, p. 30).

Este conceito implica entender as competências e a sua formação no contexto das organizações, numa relação sistêmica que deve beneficiar a organização e o profissional. Ou ainda nas palavras de DUTRA (2001, p. 42):

As competências na organização tendem a ser caracterizadas como a contribuição das pessoas para a capacidade da empresas de interagir com seu ambiente, mantendo ou ampliando suas vantagens competitivas.

Por esta abordagem, a identificação das competências individuais do administrador de profissionais em organizações hospitalares, passa necessariamente pelo conhecimento e a compreensão dos papéis deste nestas organizações. Ordenando não apenas a identificação das competências individuais daqueles profissionais, como também, o modo como são adquiridas e como são desenvolvidas no âmbito das organizações hospitalares.

Para efeito do presente estudo, será adotado o conceito de competência de Fleury (2004, p. 30), que propõe como parâmetro de avaliação da presença ou não de uma competência, a ação do profissional e a forma como este é capaz de agregar valor econômico à organização e valor social a si próprio.

## **6.2 O SABER COMBINATÓRIO DE LE BOTERF E O CONCEITO DE PROFISSIONALISMO**

Em “Desenvolvendo a competência dos profissionais”, Le Boterf (2003), reconstrói o conceito de competência individual como competência em ação, através da clarificação do papel do sujeito portador e produtor de competências, o profissional.

Baseado na busca crescente por uma nova identidade profissional, que dê sentido aos saberes e competências e aumente as chances de empregabilidade dos trabalhadores na atualidade, o autor procura fazer a distinção entre a ação-competência e os recursos necessários para a sua realização, separando o conjunto de recursos da ação que mobiliza estes recursos (LE BOTERF, 2003, p. 11).

Este conjunto é duplo: o conjunto incorporado à pessoa (conhecimentos, habilidades, qualidades, experiências, capacidades cognitivas, recursos emocionais, etc.) e o conjunto de seu meio (bancos de dados, rede de especialistas, redes documentares, etc.). As competências produzidas por meio destes recursos convertem-se em atividades e condutas profissionais adaptadas a contextos singulares (LE BOTERF, 2003, p. 12).

Neste sentido se estabelece a distinção entre o saber-fazer (conhecimentos combinados a habilidades) e o saber-agir (conhecimento em ação).

Para Le Boterf (2003, p. 12), a realização do saber combinatório, através da combinação dos diversos saberes e recursos de uma forma única, tendo como finalidade a consecução dos objetivos da organização, conferem autonomia e ampliam a competência dos profissionais para o enfrentamento das incertezas:

O profissionalismo é reconhecido por uma combinação singular de competências; a competência coletiva de uma equipe emerge da combinação das competências e do profissionalismo de seus membros; a competência-chave de uma empresa é o resultado da combinação das competências coletivas das unidades das equipes. É do êxito da combinação que depende a emergência de uma competência em outro nível (LE BOTERF, 2003, p. 13).

Para Le Boterf (apud, FERNANDES, 2004, p.26), a formação pessoal, combinada ao ensino formal e a posição do profissional dentro da empresa são os eixos que, caracterizam a formação da competência de um indivíduo contribuindo para sua constituição enquanto profissional.

Ou seja, a formação da competência do indivíduo parece ser resultante da trajetória profissional, da forma como o indivíduo combinou sua formação pessoal com sua experiência prática, resultando em seu próprio crescimento profissional e em seu crescimento na empresa.

O que explicaria o porquê de ao observar um indivíduo localizado no topo de uma organização, imediatamente se pressuponha que ele detenha certas competências. Desta forma, o indivíduo, sua carreira profissional e a posição que ocupa no contexto da empresa tornam-se indissociáveis.

Para Le Boterf (2003, p. 12) o ser profissional está diretamente ligado à capacidade de enfrentar a incerteza, atendendo as necessidades da evolução do contexto do trabalho, tanto no aspecto individual, quanto no contexto da empresa.

### 6.3 RECURSOS, COMPETÊNCIAS E PROFISSIONALISMO

Para Le Boterf (2003, p. 93), a competência consiste em saber mobilizar e combinar recursos pessoais e do meio através da dupla instrumentalização destes recursos:

- Os recursos pessoais, constituídos por saberes, saber-fazer, aptidões ou qualidades e por experiências acumuladas são instrumentalizados através da incorporação;
- Os recursos do meio, constituídos por máquinas, instalações materiais, informações e redes relacionais são instrumentalizados através da objetivação.

Resumindo, o autor afirma que “*a competência é a faculdade de usar essa instrumentalização de maneira pertinentes*” (LE BOTERF, 2003, p. 93).

Fazendo uma analogia lingüística, o autor compara a articulação destes recursos ou a competência a uma sintaxe, que tem como ponto de partida um repertório (léxico).

Por este raciocínio, a ampliação do repertório combinada ao domínio da sintaxe, vão determinar um maior ou menor desenvolvimento da pessoa no sentido da profissionalização.

O autor destaca a necessidade de distinção entre recursos, competências e profissionalismo, pois designam níveis diferentes de realidade (Le Boterf, 2003, p. 131), (conforme Quadro 03 de autoria do mesmo):

**Quadro 03 - Os 3 níveis diferentes de realidade no processo de  
profissionalização**

	<b>Recursos</b>	<b>Competência</b>	<b>Profissionalismo</b>
Descritor	Conhecimentos, capacidades/ habilidades, aptidões/ qualidades da experiência, rede de recursos	Atividade profissional	Corpus coerente e estruturado de recursos pessoais e de competências
Graus	Níveis de domínio, de apropriação ou de aprofundamento	Nível de domínio	Especialista, profissional experiente
Função	Saber e saber-fazer	Saber agir em situações mais ou menos complexas	Saber gerir uma situação profissional complexa
Natureza	Da ordem do potencial	Da ordem da ação	Da ordem da orientação
Malha	Malha curta para os saber-fazer	Malha larga para competências	Eixos estruturantes para ao profissionalismo
Modo de aquisição e de desenvolvimento	Por meio da formação e das situações profissionalizantes	Por meio de situações profissionalizantes	Por meio da experiência acumulada das situações profissionalizantes e de formação

Fonte: LE BOTERF, 2003, p. 93.

### **Sobre os recursos pessoais**

Le Boterf (2003, p. 93) organiza os recursos pessoais, incorporados ao profissional, em cinco categorias: dos saberes, do saber-fazer, das aptidões ou qualidades, dos recursos fisiológicos e dos recursos emocionais. Os saberes podem

ser teóricos, de meio ou procedimentais, o saber-fazer pode ser formalizado, empírico, relacional ou cognitivo.

**Saberes teóricos:** servem para entender fenômenos, objetos, situações, formas de organização ou processos. São saberes de inteligibilidade, pede-se ao profissional não apenas fazer bem, mas entender aquilo que faz. Não tem uma aplicação direta, pois são compostos de conceitos, conhecimentos disciplinares, organizacionais, teoremas, princípios, etc., entretanto desempenham um papel heurístico, facilitando a construção de representações operatórias, orientando a ação. Os saberes teóricos são formalizados e em geral difundidos pelas escolas (LE BOTERF, 2003, p. 95).

**Saberes de meio:** relacionam-se ao contexto no qual o profissional intervém, sistemas de gestão, cultura organizacional, códigos sociais, características dos clientes. São saberes relacionados à rapidez das respostas as contingências profissionais, que permitem ajustar as decisões, antecipar as reações das pessoas. Estes saberes contextualizados podem ser parcialmente formalizados, entretanto uma parte deles estará sempre relacionada a uma intuição ou a uma sensibilidade menos formalizável (LE BOTERF, 2003, p. 97).

**Saberes procedimentais ou procedural:** visam descrever “como deve ser feito”, “como proceder para”. Relacionam-se a regras para agir em uma situação pré-determinada, uma escolha procedimental entre tantas possíveis como um manual de instruções. São adquiridos através de sistemas formais de educação e formação, podendo ser enriquecidos pela ação (LE BOTERF, 2003, p. 99).

**O saber-fazer formalizado ou operacional:** são constituídos por condutas, métodos ou instrumentos cuja aplicação o profissional domina, como ler, entender e utilizar um mapa, saber usar um software de contabilidade, saber redigir um

procedimento. É o domínio profissional dos saberes que podem ser formalizados (LE BOTERF, 2003, p. 101).

**O saber fazer empírico ou experiencial:** é o saber oriundo da ação, da experiência prática, do tratamento “na hora” de um problema profissional. É um saber contextualizado e contingente, que leva em conta tudo aquilo que a teoria negligencia. Permite perceber “sinais fracos”, que levarão ao diagnóstico e ação. É adquirido por meio da “pedagogia da disfunção”, de Bertrand Schwartz, ou da exploração pedagógica dos erros, que não podem ser considerados como falhas, mas como oportunidades de aprendizado (LE BOTERF, 2003, p. 102).

**O saber-fazer relacional ou social:** é oriundo das relações sociais, que se estabelecem no saber-fazer, ou seja, na experiência prática que valoriza o trabalho em conjunto, a opinião do outro, a troca de informações.

**O saber fazer cognitivos:** correspondem a operações intelectuais necessárias a formulação, à análise e a resolução de problemas, à concepção e à realização de projetos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção. As capacidades cognitivas são postas em execução e organizadas entre si por um sujeito em interação com seu meio (LE BOTERF, 2003, p. 114).

### **Modos de manifestação dos saberes**

Através do Quadro 04, Le Boterf (2003, p. 124), propõe uma síntese dos diversos tipos de saberes e de saber-fazer mobilizáveis, suas funções e os tipos de aquisição correspondentes:

### Quadro - 04 - Modos de Manifestação dos Saberes

Tipo	Função	Modo principal de aquisição	Modo de manifestações
Saberes teóricos	Saber compreender	Educação formal Formação inicial e contínua	Declarativo
Saberes de meio	Saber adaptar-se Saber agir conforme uma situação	Formação contínua e experiência profissional	Declarativo
Saberes procedurais	Saber como proceder	Educação formal Formação inicial e contínua	Declarativo Procedural
Saber-fazer operacionais	Saber proceder Saber operar	Experiência profissional	Procedural
Saber-fazer experiencial	Saber agir em função de algo	Experiência profissional	Procedural
Saber-fazer sociais ou relacionais	Saber cooperar Saber conduzir-se	Experiência social e profissional	Procedural
Saber-fazer cognitivos	Saber tratar a informação Saber raciocinar	Educação formal Formação inicial e contínua experiência social e profissional analisada.	Procedural

Fonte: LE BOTERF, 2003, p. 124.

**Aptidões ou qualidades:** para Le Boterf (2003, p.124) são os recursos mais difíceis de serem expressos ou descritos e dizem respeito ao rigor, força de convicção, curiosidade de espírito, reatividade, etc. Devem ser descritas a partir de contexto particular, enquanto qualidades contextualizadas. O estudo destas qualidades se justifica pela possibilidade de evidenciar certas qualidades esperadas em uma situação profissional e que deveriam ser descritas em função desta: Rigor em relação as regras e ao controle dos resultados; curiosidade na busca de informações; antecipação em termos de elaboração de projetos (LE BOTERF, 2003, p. 125).

**Recursos fisiológicos:** não serão considerados no presente estudo.

**Recursos emocionais:** As reações emocionais podem constituir riscos e obstáculos ao mesmo tempo em que podem ser uma vantagem ou ajuda. Com base nos estudos do professor em neurologia Antonio D. Damásio, Le Boterf (2003, p. 126) destaca a importância dos marcadores somáticos, sinais emocionais que o organismo emite e que desempenham o papel de alarme ou de encorajamento estes sinais não substituem os processos lógicos de raciocínio, mas reduzem uma gama de opções sobre as quais deverão aplicar-se.

#### **6.4. NÍVEIS DE PROFISSIONALISMO**

Avançando na discussão, Le Boterf (2003, p.161) propõe três níveis de profissionalismo: principiante, profissional experiente (domínio profissional) e perito (especialização), estes níveis refletem o processo de desenvolvimento das pessoas, através da plena utilização dos recursos (léxico) garantida pelo domínio da competência (sintaxe).

A classificação permite a diferenciação de indivíduos de uma mesma profissão através: do modo de intervenção; da contextualização dos saberes; dos metac conhecimentos; da gestão do tempo; do grau de autonomia; da auto-imagem; e da confiabilidade, conforme apresentado no Quadro 05.

### Quadro 05 - Os níveis de profissionalismo segundo Le Boterf

	<b>Especialização</b>	<b>Domínio profissional</b>	<b>Principiante</b>
<b>Procedimentos/ modo de intervenção</b>	<p>Reage de modo intuitivo e global; sem se referir explicitamente as regras da profissão, vê diretamente o que é preciso fazer; não calcula sua resposta; sabe enfrentar de maneira imediata os acontecimentos; age de maneira espontânea; sabe pular as etapas de um procedimento, fazer suposições; grande capacidade de intuição e insight. Não recorre aos procedimentos, às regras e métodos habituais senão em situações inabitual de ruptura ou alterada. Confia mais nas abordagens de estrutura do que na busca dos detalhes; grande capacidade de reconhecimento das formas. Aplica estratégias mais globais do que analíticas; visão sintética; Separa o essencial do acessório; economiza informações. Antecipa a partir de sinais fracos (estímulos pouco perceptíveis) Sabe pronunciar-se em uma conjuntura.</p>	<p>Estratégias de estudo e de resoluções de problemas. Sabe decidir o que deve fazer para alcançar um objetivo Sabe tomar decisões sensatas em função de um diagnóstico e de um objetivo. Visão global e coerente das situações. Confiança limitada na intuição; confia em métodos de análise. Adapta as regras a um contexto.</p>	<p>Visão parcial de uma situação. Dificuldade para distinguir o essencial do acessório; perde-se em detalhes de um enunciado, ou de um problema. Triagem deficiente das informações. Funciona por tentativas e erros. Progressão progressiva e analítica. Pouco ou nenhum recurso à intuição. Forte referencia as regras e procedimentos gerais independente do contexto.</p>
<b>Contextualização dos saberes</b>	Muito contextualizados. Rapidamente mobilizáveis.	Contextualizados.	Gerais e pouco contextualizados
<b>Metaconhecimentos</b>	<p>Refere-se a uma heurística (que leva a uma tipologia de problemas ou de situações). Organiza seus conhecimentos a partir de esquemas, de modelos de análise, de modelos de "teorias de ação". Organiza seus conhecimentos em blocos (chunks) ligados entre si e fáceis de mobilizar. Sabe desenvolver metaconhecimentos que lhe permitem saber como melhor questionar seus saberes. Conhece as utilizações múltiplas dos recursos (saberes, capacidades) que possui. Fortes automatismos e saber-fazer incorporados. Capacidade para saber o momento certo de operacionalizar seus conhecimentos.</p>	Bom conhecimento de seus saberes, capacidades e competências.	<p>Conhece mal suas potencialidades e as utilizações possíveis de seus recursos; nem sempre sabe para que podem servir seus conhecimentos. Organiza seus conhecimentos mais em função do enunciado de um problema do que de esquemas memorizados. Saberes fragmentados. Não sai da estrutura superficial dos problemas Capacidade reduzida para utilizar seus conhecimentos em tempo oportuno</p>
<b>Gestão do tempo</b>	<p>Pode agir bem depressa, mas sabe escolher os ritmos adequados. Não somente reage, mas antecipa. Imediatamente operatório. Rapidez de execução. Facilidade</p>		
<b>Grau de autonomia</b>	<p>Total: pode fixar seus limites. Sabe dar novas interpretações às regras. Capacidade para criar suas próprias regras. Abandono das regras de treinamento Assume riscos a título pessoal.</p>	<p>Autonomia. Sabe interpretar as regras. Simplificação ou abandono progressivo das regras de treinamento</p>	
<b>Auto-imagem</b>	<p>Muito congruente. Conhece os pontos fortes e os limites da especialização. Confiança em si, sente-se a vontade, firmeza. Sabe administrar sua imagem.</p>	<p>Confiança em suas capacidades e conhecimentos adquiridos.</p>	<p>Pequena autonomia. Aplicação das regras formais Grande utilização das regras de treinamento</p>
<b>Fiabilidade</b>	Grande regularidade da competência.	Fiabilidade.	Pouco confiável, mas êxitos pontuais.

Fonte: Le Boterf, 2003, p. 162-163.

A utilização do sistema de classificação do profissionalismo, proposto por Le Boterf (2003), ajuda a explicar os níveis diferentes de resposta dados aos papéis do administrador de profissionais pelos gestores das organizações hospitalares. Podendo ser de grande valia na determinação de um patamar mínimo de profissionalismo necessário ao cumprimento destes papéis.

## **6.5 ATINGIR O PROFISSIONALISMO, UM DESAFIO DA ATUALIDADE**

Partindo da existência de níveis de profissionalismo diferentes, resultantes do uso (sintaxe) diferenciado dos recursos (léxico), e considerando que os recursos podem ser aprendidos, desenvolvidos ou captados no meio, resta entender porque algumas pessoas, que tem acesso ao mesmo conjunto de recursos, não se desenvolvem na mesma rapidez ou profundidade que outras pessoas.

Pelos desafios de um mundo em constante mudança, que atingiu as relações de trabalho e levou a alteração no modo de gerir as pessoas, a resposta a esta questão tem sido perseguida por diversos autores. Para Dutra (2001, p. 25), o novo perfil exigido dos trabalhadores pelas empresas rompe com o perfil obediente e disciplinado, valorizando um perfil autônomo e empreendedor, onde é valorizada a iniciativa individual, a criatividade e a busca autônoma de resultados para a empresa ou negócio, ou seja, onde é valorizado o profissionalismo.

Buscando ferramentas para a gestão de pessoas, neste novo cenário, Dutra (2001, p. 26), rediscute o conceito de competência a partir de três conceitos: a entrega, a complexidade e o espaço ocupacional.

## **CAPACIDADE DE ENTREGA**

Retomando Zarifian (1999, p. 34) é preciso que o indivíduo *faça a opção* pela competência, buscando reunir os elementos necessários para que ela se realize.

Para Dutra (2001, p.28), a competência só se realiza se existe uma disposição do profissional para entregar-se a empresa. Para o autor, o termo “entrega” refere-se ao indivíduo saber agir de maneira responsável e ser reconhecido por isso, conforme a definição de competência de FLEURY (2004, p.29).

Segundo o autor, um indivíduo pode ser possuidor de diversos recursos sem que esteja disposto a entregá-los a organização, ao não entregá-los eles perdem significado, não se realizando enquanto competências individuais ou organizacionais. Entrega é, portanto, uma disposição intrínseca ao indivíduo, que o faz assumir uma tarefa complexa e conseqüentemente se desenvolver a partir dela.

O desenvolvimento, diferentemente do esforço, não retroage, pertence ao indivíduo e o acompanhará para onde ele for. Conforme o indivíduo assume tarefas cada vez mais complexas, mais ele se desenvolve.

## **COMPLEXIDADE**

Segundo Dutra (2001, p. 29), o conceito de complexidade permite avaliar o nível de entrega e da agregação de valor das pessoas para com a empresa. O conceito surgiu no início dos anos 80 como resposta a *falência dos cargos como elementos diferenciadores*. A partir do aumento da complexidade das

funções e atividades desenvolvidas pelas pessoas tornou-se necessário dispor de elementos de diferenciação, que considerassem a complexidade das novas atribuições e responsabilidades dos profissionais.

O conceito deu origem a Escala de Mensuração de Complexidade, uma escala crescente utilizada para medir o nível de complexidade da entrega das pessoas.

## **ESPAÇO OCUPACIONAL**

Conforme a pessoa assume responsabilidades e atribuições mais complexas, mais tarefas complexas lhe serão dadas, promovendo a ampliação de sua área de atuação ou espaço ocupacional sem, necessariamente, implicar numa mudança de cargo ou posição dentro da empresa.

Para Dutra (2001, p. 30) este processo de ampliação do espaço ocupacional ocorre obedecendo a duas variáveis: as necessidades da empresa e as competências da pessoa em atendê-las.

Essa é outra característica comum da relação que existe entre a pessoa e seu trabalho. As mais competentes em geral são chamadas a encarar novos desafios e, na medida em que correspondem de maneira positiva, recebem desafios ainda maiores. Os sistemas tradicionais (de avaliação) não conseguem dar respostas adequadas à situação, pois reconhecem os indivíduos apenas pelo que fazem não pelo que entregam, e porque não conseguem mensurar a ampliação do espaço ocupacional das pessoas. (DUTRA, 2001, p. 31).

## 6.6 ESCALA DE MENSURAÇÃO DA COMPLEXIDADE

Com o objetivo de criar uma ferramenta de avaliação, que inter-relacione os três pressupostos anteriores - a capacidade de entrega, o nível de resposta ao aumento da complexidade, e a ampliação do espaço ocupacional do profissional, Dutra (2001, p.32:42) reúne contribuições de diversos autores para a construção de escala de mensuração da complexidade.

Como resultado, o autor apresenta a escala de mensuração da complexidade, que permite mensurar desenvolvimento, avaliar a eficiência das ações de desenvolvimento, estimular o desenvolvimento, construir uma escala salarial, dimensionar o quadro, otimizar os investimentos em desenvolvimento e avaliar o desempenho. (DUTRA, p. 34:35)

A utilização da escala, como ferramenta de avaliação de desempenho, parte do princípio que o desenvolvimento das pessoas é uma opção individual (de entrega), que ocorre quando a pessoa é instada a assumir e executar atribuições e responsabilidades de maior complexidade.

Para Dutra (2001, p.32:34), existem duas possibilidades de respostas a um desafio. Em ambas o desafiado consegue atingir o êxito: o primeiro responde ao desafio pelo esforço, trabalha mais tempo e dá conta da tarefa; o segundo responde desenvolvendo um modo novo de fazer a tarefa no mesmo tempo. A diferença entre as duas respostas é que a primeira é contingencial, responde momentaneamente ao problema, enquanto a segunda é definitiva, pois o modo de fazer foi aprimorado e absorvido pela pessoa e pela empresa.

Desta forma, a escala de mensuração da complexidade é uma proposta de avaliação de desenvolvimento, que tem por base o conceito de

complexidade. Para medir os níveis de complexidade, Dutra (2001, p. 35), adota os sete níveis de complexidade propostos por Elliott Jaques (apud Dutra, 2001, p. 35), que avaliam a complexidade:

[...] a partir do intervalo de tempo entre a tomada de decisão e a possibilidade de avaliação dos resultados dela decorrente, considerando que quanto maior o tempo, mais elevado é o nível de abstração exigido para que a decisão tomada esteja correta e seja efetiva.(DUTRA, 2001, p. 35).

O Quadro 06 foi montado visando relacionar os *work levels*, de Jaques (apud Dutra, 2001, p.36), com a escala temporal de avaliação de nível de complexidade da decisão por categorias funcionais, o trabalho requerido (Riwbottom; Billis, apud Dutra, 2001, p. 37), e o processo de tomada de decisão (Stamp.; Stamp, apud Dutra, 2001, p. 37) em cada categoria funcional.

**Quadro 06 - Escala de mensuração da complexidade baseada nas categorias funcionais, no trabalho requerido e no processo de tomada de decisão**

Nível	Escala temporal	Categorias funcionais de	Trabalho requerido	Processo de tomada de decisão
	Elliott Jaques (1988)		Rowbottom; Billis, (1987)	Stamp; Stamp (1993)
1	0 a 3 meses	Trabalhadores de chão de fábrica e trabalhadores qualificados, incluindo supervisores.	- realizar tarefas separadas e concretas, cujos objetivos e produtos podem ser totalmente especificados.	PERCEBER -fornecer respostas diretas para tarefas imediatas
2	3 a 12 meses	Primeiro nível gerencial e gerentes que respondem por operações ou processos simples.	- realizar tarefas concretas, cujos objetivos e implicações devem ser julgados de com as especificidades da situação  - identificar as necessidades de clientes específicos.	ACUMULAR  - reunir informações, passo a passo, para revelar aspectos óbvios e implícitos de cada situação, identificando resultados das possíveis respostas.
3	1 a 2 anos	Gerentes de nível médio e táticos que respondem por um conjunto de processos.	- fornecer respostas sistemáticas de acordo com a necessidade de situações com início, meio e fim definidos.  - garantir o funcionamento pleno do sistema.	CONECTAR  -examinar cuidadosamente várias atividades na busca de idéias, tendências ou princípios que criem um todo coerente.
4	2 a 5 anos	Gerentes seniores que respondem por decisões estratégicas, geralmente posicionados como diretores.	- fornecer um espectro completo de produtos e serviços para a totalidade de um território ou organização.  - introduzir, desenvolver e manter uma unidade de negócio, integrando-a ao ambiente no qual está inserida.	MODELAR  - utilizar idéias e conceitos, testando possíveis combinações e produzindo inovações.  - construir modelos a partir do que vê em diversas realidades.
5	5 a 10 anos	Nível típico de presidentes de empresas nacionais.	- cobrir um campo geral de necessidade em uma sociedade.  - definir a razão da existência de uma organização complexa.	TECER  - compreender as relações existentes entre diferentes sistemas.  - identificar relações e vínculos potenciais entre questões e eventos desconectados.
6	10 a 20 anos	Profissionais responsáveis por um grupo de empresas ou mesmo organizações de atuação transnacional.	- ajustar as características de uma organização para contextos multiculturais.  - formar opiniões e conceitos sobre os contextos econômico, político, social, tecnológicos e religioso.	REVELAR  - estender sua curiosidade e análise além das áreas conhecidas de influência real ou potencial, explorando recursos inesperados de oportunidade ou instabilidade.
7	Mais de 20 anos	Esta é uma característica de CEO ( <i>chief executive officer</i> ) de empresas de grande porte que atuam em vários países e com operações diversificadas.	- assegurar viabilidade para as futuras gerações da organização.  - prever campos futuros de necessidade de uma sociedade.	PREVER  - interpretar e moldar configurações de economias, políticas, nações, regiões, religiões e ideologias para criar futuros desejados.

Fonte: adaptado de Dutra (2001) p. 36

## **6.7 NÍVEIS DE COMPETÊNCIA NECESSÁRIO AO EXERCÍCIO DA ADMINISTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS**

Uma releitura dos *Os Papéis dos Administradores de Profissionais em Organizações Hospitalares*, definidos na seção anterior, leva a constatação de que o exercício destes papéis pressupõe certo nível de profissionalismo.

Ou seja, uma combinação de recursos pessoais e do meio que são acionados, por certo nível de competência para responder a questões profissionais concretas.

Com base nos referidos papéis, no conjunto da revisão bibliográfica deste estudo e tendo como referência teórica as proposições de Le Boterf (2003) e Dutra (2001), traçou-se um paralelo buscando identificar, inicialmente, um conjunto de recursos pessoais e do meio necessários ao cumprimento dos papéis para, em seguida, discutir qual o nível de profissionalismo correspondente e, finalmente, definir os níveis de complexidade na tomada de decisão impostos por aqueles papéis.

### **Recursos pessoais**

Os recursos pessoais foram estabelecidos a partir da revisão bibliográfica, dos papéis do administrador de Mintzberg (1973) e da composição dos recursos pessoais proposta por LE BOTERF (2003).

**Necessários ao desempenho dos papéis interpessoais:**

Saber-fazer experiencial necessário à construção da legitimidade que conduz a liderança.

Saber-fazer social e relacional necessário ao exercício da liderança, às atividades de ligação entre os diversos grupos da organização e ao desprendimento necessário a delegação de tarefas e ao trabalho em grupo.

Aptidão para a liderança, capacidade de ligação e desprendimento.

Recursos emocionais - estabilidade e maturidade emocional.

**Necessários Ao Desempenho Dos Papéis Informacionais:**

Saberes teóricos em matemática e estatística e Teoria Geral da Administração, com ênfase em finanças aprendidos em ambiente formal de ensino.

Saberes procedurais através do conhecimento de metodologias ligadas à administração hospitalar, em especial o gerenciamento por *outputs* (apuração e controle de custos e a utilização de indicadores hospitalares), aprendidos em ambiente formal de ensino os através da educação contínua.

Saber-fazer operacional correspondente à utilização dos saberes procedurais conquistados através da experiência profissional.

Saber-fazer cognitivo correspondente à capacidade de interpretação das informações, em especial dos indicadores hospitalares, transformando-os em *outputs* desejados e criando as condições para que sejam alcançados.

Saber-fazer cognitivo correspondente à capacidade de aprender com a interpretação das informações de um modo geral, situações novas e com as experiências próprias e dos outros.

Aptidão e qualidade - presença de curiosidade e interesse por diversos assuntos do meio ou não.

### **Necessários ao desempenho de papéis decisoriais:**

Saberes do meio correspondente ao conhecimento contextualizado, a partir da cultura da empresa e da realidade do meio hospitalar.

Saber-fazer experiencial, que garante a rapidez e a contextualização das respostas às necessidades da organização, a resolução de conflitos, a alocação de recursos e as questões de inovação.

Saber-fazer experiencial, que ajuda a combinar os saberes a partir da experiência para negociar, convencer sobre uma idéia, separar o acessório do essencial e voltar atrás quando necessário.

Aptidão e qualidade - presença de intuição.

O Quadro 07 foi montado com o objetivo de correlacionar os saberes de Le Boterf (2003) e os papéis do administrador de profissionais anteriormente discutidos.

### Quadro - 07 - Recursos pessoais

Tipo	Função	Modo principal de aquisição	Modo de manifestações	Papel correlato	Descritor
Saberes teóricos	Saber compreender	Educação formal Formação inicial e contínua	Declarativo	Informacionais	Matemática, Estatística, Contabilidade, Finanças além dos saberes administrativos tradicionais.
Saberes de meio	Saber adaptar-se Saber agir conforme uma situação	Formação contínua e experiência profissional	Declarativo	Decisionais	Conhece a cultura organizacional e a realidade do meio hospitalar.
Saberes procedurais	Saber como proceder	Educação formal Formação inicial e contínua	Declarativo Procedural	Informacionais	Conhece as metodologias de ligadas a administração hospitalar em especial o gerenciamento por <i>outputs</i> (apuração de custos e indicadores).
Saber-fazer operacionais	Saber proceder Saber operar	Experiência profissional	Procedural	Informacionais	Sabe utilizar métodos e instrumentos de gestão hospitalar em especial os necessários ao gerenciamento por <i>outputs</i>
				Decisionais	Rapidez de resposta através de saber contextualizado e contingente. Utiliza os saberes e a experiência para negociar, convencer, separar o acessório do essencial e voltar atrás quando necessário.
Saber-fazer experiencial	Saber agir em função de algo	Experiência profissional	Procedural	Interpessoais	Legitimidade a partir do saber contextualizado e contingente
				Interpessoais	Liderança, capacidade de ligação. Desprendimento e delegação
Saber-fazer sociais ou relacionais	Saber cooperar Saber conduzir-se	Experiência social e profissional	Procedural	Informacionais	Sabe interpretar informações especialmente indicadores hospitalares, transformando-os em <i>outputs</i> desejados e criando as condições para que sejam alcançados. Aprende a partir de sua atuação e da dos demais.
Saber-fazer cognitivos	Saber tratar a informação Saber raciocinar	Educação formal Formação inicial e contínua Experiência social e profissional analisada.	Procedural	Interpessoal	Aptidão para a liderança Capacidade de ligação, desprendimento e delegação
Aptidões ou qualidades				Informacional	Interesse e curiosidade
				Decisionais	Intuição
				Interpessoais	Estabilidade e maturidade
Recursos emocionais					

Fonte: adaptado pela autora a partir dos modos de manifestação dos saberes de Le Boterf (2003, p. 124).

## **Recursos do meio**

Eventos, cursos e treinamentos, que possibilitem a troca informações entre profissionais, com a conseqüente atualização de seus conhecimentos.

Redes de dados e redes relacionais, que possibilitem a obtenção rápida dos conhecimentos necessários ao enfrentamento de um problema profissional específico.

Sistemas informatizados de gerenciamento de informações, para provimentos das informações necessárias ao gerenciamento por *outputs*.

## **Nível de profissionalismo**

Quanto ao nível de profissionalismo, os papéis do administrador de profissionais apontam para um nível mínimo de profissionalismo corresponde ao domínio profissional.

## **Nível de complexidade da decisão**

Quanto ao nível de complexidade da decisão, por categorias funcionais e trabalho requerido, os papéis do administrador sugerem como nível mínimo o 4, que se refere a categoria profissional de gerentes seniores, que respondem por decisões estratégicas, geralmente posicionados como diretores. Podendo chegar ao nível 6, no caso da gestão de um grupo de hospitais.

## **6.8 A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS PAPÉIS DO ADMINISTRADOR**

A identificação dos papéis do administrador de profissionais, relacionando-os aos saberes necessários para que este administrador esteja apto a cumprí-los era o propósito do objetivo 3 do presente estudo.

Através desta seção foi possível cumprir este objetivo, concluindo também a primeira parte deste estudo referente à revisão bibliográfica, que permitiu conhecer profundamente as organizações, desde a sua origem, bem como as suas necessidades estruturais e de gestão.

Desta forma, ficam colocados os principais elementos necessários à abordagem das organizações hospitalares da região norte do Estado do Paraná, desde a sua estrutura profissional, da utilização de instrumentos de gestão para o controle do trabalho dos profissionais, até a caracterização da trajetória profissional de seus gestores, o que será feito através da pesquisa de campo.

## CAPÍTULO IV

### 7 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em duas etapas distintas: a primeira correspondente a revisão bibliográfica e a segunda a pesquisa de campo, ambas com o objetivo de responder a pergunta central que motivou a realização do mesmo:

Os hospitais da região Norte do Paraná estão estruturados como organizações profissionais e detêm instrumentos de gestão compatíveis com as necessidades deste tipo de organização ?

Coube à revisão bibliográfica a reconstrução do contexto histórico, destacando as condicionantes culturais, os principais atores, as relações de poder e as condicionantes econômicas, que contribuíram para estruturação dos hospitais brasileiros tal qual são conhecidos hoje.

Possibilitou, também, o acesso ao conhecimento teórico sobre estruturas organizacionais necessário à análise e à compreensão destas organizações fortemente marcadas pela presença profissional, fornecendo os elementos indispensáveis ao entendimento dos instrumentos de gestão necessários ao gerenciamento das mesmas.

Coube a pesquisa de campo aprofundar a compreensão dos elementos indicados pela revisão bibliográfica, especificamente no que diz respeito aos hospitais da região Norte do Paraná.

Para auxiliar na resposta da pergunta de pesquisa, foram formulados objetivos específicos, que orientaram tanto a realização da revisão bibliográfica quanto a pesquisa de campo.

## 7.1 OBJETIVOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica proporcionou as condições de responder aos objetivos específicos 1, 2 e 3 do presente estudo. As fontes secundárias consultadas possibilitaram acesso a um vasto material sobre os assuntos pesquisados, oferecendo meios para definir, resolver e explorar “*novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente*” (Manzo, 1971 apud Lakatos: Marconi, 2003, p. 183) e embora não tenha tido a profundidade de uma pesquisa bibliográfica, proporcionou o exame dos temas abordados, sob um novo enfoque, auxiliando na formulação de conclusões inovadoras.

A revisão bibliográfica foi organizada em três capítulos, conforme os objetivos específicos a serem respondidos.

O Capítulo 1 - O contexto das organizações hospitalares visou responder ao objetivo específico:

- Descrever o contexto das organizações hospitalares do ponto de vista da sua finalidade, das relações de poder estabelecidas entre os diversos grupos profissionais atuantes e do contexto do financiamento da saúde;

O Capítulo 2 - O hospital como organização profissional visou responder ao objetivo específico:

- Caracterizar as organizações profissionais, caracterizar os hospitais como organizações profissionais entendendo as necessidades de controle do trabalho profissionais e os instrumentos de gestão decorrentes destas necessidades;

O Capítulo 3 - Competências requeridas ao administrador de profissionais visou responder ao objetivo específico:

- Identificar os papéis do administrador de profissionais, relacionando estes papéis aos saberes necessários para que o administrador esteja apto a cumpri-los.

### **7.1.1 Delimitação teórica proporcionada pela revisão bibliográfica**

Para verificar se os hospitais da região Norte do Paraná estão organizados como organizações profissionais e utilizam os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional, correspondente ao objetivo específico 4 do presente estudo, a revisão bibliográfica proporcionou, como principal referencial teórico, as configurações estruturais propostas por MINTZBERG (2001 e 2003).

Para entender as relações de poder e determinar os instrumentos de gestão, necessários ao controle do trabalho profissional, o referencial teórico foi o estudo sociológico sobre as relações de poder nos hospitais portugueses da pesquisadora CARAPINHEIRO (1998).

As proposições teóricas de Mintzberg para as organizações profissionais foram complementadas pela presença de autores nacionais como Teixeira (1989), Gonçalves (1998, 1999), Cecílio (2000) e Duarte (1998), que ilustram, através de exemplos, a teoria de Mintzberg e a complementam em temas específicos dos hospitais não abordados por MINTZBERG.

Para a descrição da trajetória dos gestores dos hospitais pesquisados, correspondente ao objetivo específico 5 do presente estudo, a revisão bibliográfica relacionou os papéis do administrador propostos por Mintzberg (1973) apud Chiavenato (2001), proporcionando os parâmetros necessários à compreensão dos papéis do administrador de profissionais em organizações hospitalares, servindo também de referência a definição das categorias das competências. O estudo das competências teve como referência os níveis de profissionalismo de Le Boterf (2003), que atribuem à contextualização dos saberes o domínio profissional em uma área. Ambos contribuíram de forma complementar para as categorias que foram estudadas.

## **7.2 OBJETIVOS DA PESQUISA DE CAMPO**

Quanto aos meios, a pesquisa pode ser considerada de campo, pois as organizações hospitalares e seus gestores foram estudados em seu próprio ambiente: as organizações hospitalares da região norte do Estado do Paraná;

A pesquisa de campo foi dividida em duas partes; na primeira buscou responder ao quarto objetivo específico, que trata especificamente da forma como estão estruturadas as organizações hospitalares pesquisadas:

- Verificar se os hospitais da região Norte do Paraná estão organizados como organizações profissionais e utilizam os instrumentos de gestão necessários ao controle dos profissionais;

A segunda parte tratou dos aspectos relacionados aos respondentes, os gestores dos hospitais pesquisados, buscando responder ao quinto e último objetivo específico:

- Descrever a trajetória profissional dos gestores dos hospitais pesquisados buscando estabelecer relações entre os papéis do administrador profissionais, os saberes correlatos e a sua participação no processo de construção dos instrumentos de gestão necessários ao controle dos profissionais.

### **7.3 DEFINIÇÕES GERAIS DO MÉTODO E DA TÉCNICA DE PESQUISA DE CAMPO**

A pesquisa de campo foi exploratória, caracterizada pela investigação empírica, com o principal objetivo de aumentar a familiaridade da pesquisadora com o ambiente e o fenômeno pesquisado, clarificando os conceitos obtidos através da revisão bibliográfica (LAKATOS: MARCONI; 2003, p.188).

De acordo com Mattar (1996, p.80 apud Fernandes 2004), a pesquisa exploratória é adequada quando a compreensão do fenômeno a ser investigado é incipiente. Nesta pesquisa pode se considerar, que os hospitais da região Norte do Paraná constituem o ambiente onde o fenômeno do desequilíbrio de forças entre a administração e os grupos profissionais pode ser estudado e elucidado.

O levantamento da produção científica, acadêmica e outras evidências demonstraram que, embora os temas organizações profissionais, instrumentos de gestão e competências tenham sido freqüentemente revisitados pelos pesquisadores, o enfoque proposto, no âmbito das organizações hospitalares, é inovador reforçando o caráter exploratório da pesquisa.

A pesquisa constitui-se, portanto, em um estudo exploratório descritivo combinado, ou seja, um estudo exploratório com o objetivo de descrever o

fenômeno pesquisado através do estudo de múltiplos casos, para o qual foram realizadas análises empíricas e teóricas, descrições quantitativas e qualitativas para acumulação de informações detalhadas.

Quanto à dimensão temporal, foi realizado um estudo transversal, estudando as estruturas das organizações hospitalares e a trajetória dos gestores no período de realização da pesquisa, ou seja, de 31/05 a 26/07/2005.

#### **7.4 O ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS**

O método escolhido foi o estudo de caso. Segundo Yin (2001, p.32), este método é adequado quando a investigação busca responder a questões “como” ou “por que”. Para Bressan (2000, s/n), estas questões são explicativas e tratam de relações operacionais, que ocorrem ao longo do tempo mais do que de freqüências ou incidências.

Yin (2001, p. 32), define o método do estudo de caso como:

[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O estudo de caso não é uma técnica específica, nem uma tática de coleta de dados, mas sim *um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado* (Goode; Hatt, 1969 apud Bressan, 2000, s/n), ou ainda *uma estratégia de pesquisa abrangente* (YIN, 2001, p.33).

A investigação de um caso enfrenta uma situação única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados (YIN, 2001, p.32).

Quanto aos propósitos, Gil (1999, p.73 *apud* Fernandes, 2004, p.85), afirma que os estudos de caso costumam servir para:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) descrever a situação do contexto em que estão sendo, feita uma determinada investigação;
- c) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos;

Pode-se dizer, que os motivos aludidos no item “c” da citação anterior foram determinantes da escolha do método estudo de caso para a presente pesquisa.

Com o objetivo de melhorar a validade externa da pesquisa, cuja tática, segundo Yin (2001, p.55) utiliza a lógica de replicação em estudos de casos múltiplos, a presente pesquisa foi realizada a partir do estudo de casos múltiplos. Os casos múltiplos, segundo aquele autor, podem ser holísticos ou incorporados. Os primeiros partem de uma única unidade de análise, enquanto os outros partem de unidades múltiplas de análise. Pela pesquisa em questão tratar de duas unidades de análise distintas, **a estrutura das organizações hospitalares e a trajetória de seus gestores**, o presente estudo pode ser classificado como um estudo de **casos múltiplos incorporados**.

Segundo Bressan (2000, s/n), o método do estudo de casos pode obter evidências a partir de seis fontes de dados: documentos, arquivos de registros,

entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Para a coleta de dados primários e secundários do presente estudo foram utilizados:

- a) Documentos - constituídos de trabalhos de conclusão de curso de alunos de graduação em Administração Hospitalar realizados nos hospitais pesquisados, sob a orientação da pesquisadora, relatórios técnicos de projeto confeccionados pela pesquisadora na qualidade de arquiteta contratada pelos hospitais pesquisados, folders, textos disponíveis na Internet e outros materiais de propaganda produzidos pelos hospitais pesquisados;
- b) Arquivos de registros - constituídos de dados gerados pelos sistemas de informações dos hospitais pesquisados, por fontes públicas de informações demográficas e fontes públicas de informações sobre o setor de saúde;
- c) Entrevista Estruturada - realizada com base em questionário estruturado e complementada pela observação direta, ocorrida durante os contatos com os hospitais pesquisados, visando marcar e realizar as entrevistas. Esta abordagem de comunicação *envolve o questionamento ou estudo de pessoas e o registro de suas respostas para análise* (Cooper; Schindler, 2003, p.248) e, embora apresente pontos fracos relacionados aspectos subjetivos dos respondentes, em se tratando de gestores hospitalares a sua utilização, parece adequada, uma vez que *os respondentes são especificamente qualificados*

*para fornecer as informações desejadas* (COOPER; SCHINDLER, 2003, p.249).

Quanto à coleta de dados, o estudo de caso tem por objetivo a descrição, a classificação (desenvolvimento de tipologia), o desenvolvimento teórico e o teste limitado da teoria. O que significa buscar compreender o objeto pesquisado (Bonoma, 1985 apud Bressan, 2000, s/n). Estes objetivos, por si só ajudam a definir a técnica qualitativa como a mais indicada, não excluindo a possibilidade de identificação de eventos quantificáveis e padrões comuns percebidos entre os hospitais pesquisados.

#### **7.4.1 Critério de escolha e seleção dos casos**

A primeira escolha foi pela região Norte do Estado do Paraná que, por suas características médico-hospitalares, apresenta os elementos necessários ao estudo do desequilíbrio de forças entre a administração e os grupos profissionais. Além disto, a pesquisadora já realizou inúmeros trabalhos profissionais junto aos hospitais desta região, o que facilitou a abertura das portas destas organizações a pesquisa.

Desta forma, a pesquisa foi realizada em hospitais da região Norte do Estado do Paraná, mais precisamente da 17ª Regional de Saúde que, conforme organização da Secretaria de Saúde do Estado, compreende 19 municípios, e uma população de 752.578 habitantes (IBGE, 2005).

Esta região configura-se em um pólo de saúde organizado em torno da cidade de Londrina-PR e atrai pacientes de fora de seus limites geográficos. As

organizações hospitalares desta região aparentam estar francamente comprometidas com a finalidade terapêutica, sendo possível observar pela experiência empírica indícios de desequilíbrio entre a administração e os grupos profissionais oferecendo boas opções de escolha para o estudo de múltiplos casos.

O critério de escolha dos hospitais priorizou os hospitais gerais enquadrados nos níveis 3 e 4 de capacidade de resolução (Vecina Neto, 1993), que correspondem a hospitais de média e alta complexidade. Atenderam a estes requisitos 7 hospitais, localizados nos municípios de Londrina-PR, Cambé-PR e Ibiporã-PR.

Sendo possível ter acesso a todos os 7 hospitais, a pesquisa abrangeu a totalidade dos hospitais, tendo sido entrevistados a totalidade dos gestores hospitalares<sup>19</sup>, no exercício de suas funções no período da pesquisa nestes hospitais, considerados sujeitos da pesquisa (quadro 08).

---

<sup>19</sup> **Gestor hospitalar:** indivíduo com formação superior (graduação) a quem foi delegada a responsabilidade de administrar profissionais de saúde, que ocupa cargo remunerado de gestão administrativa em uma organização hospitalar, exercendo funções de direção (no ápice estratégico) tais como: presidência, superintendência, diretoria ou gerência.

### Quadro 08 - Hospitais selecionados conforme os critérios da pesquisa

Hospital	Classificação do hospital	Total de leitos do hospital	Forma Jurídica
H1	Geral, clínicas básicas e oftalmologia Média complexidade	48	Privado
H2	Geral, clínicas básicas Média complexidade	68	Privado sem finalidade lucrativa
H3	Geral, clínicas básicas Média complexidade	76	Privado sem finalidade lucrativa
H4	Geral, clínicas Básicas Média complexidade	56	Estadual
H5	Geral, todas as clínicas Alta complexidade	216	Privado sem finalidade lucrativa
H6	Geral, todas as clínicas Alta complexidade - Regional	352	Estadual
H7	Geral, todas as clínicas Alta complexidade	255	Privado sem finalidade lucrativa

Organizado pela pesquisadora com base nos dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em 26 de março de 2005.

A opção por pesquisar a totalidade dos sujeitos, censo ou levantamento, atende as condições citadas por Cooper; Schindler (2003, p.151) para que o censo seja considerado apropriado: *o censo é viável (1) quando a população é pequena e (2) necessário quando os elementos são muito diferentes entre si.*

Em consequência, quando do cruzamento dos dados correspondentes aos eventos quantificáveis dos múltiplos casos, os padrões percebidos poderão ser utilizados em generalizações relativas aos hospitais de média e alta complexidade da Região Norte do Estado do Paraná.

#### 7.4.2 Apresentação dos hospitais pesquisados

Com o objetivo de proteger a identidade dos respondentes, os hospitais serão identificados através de números, o mesmo acontecendo com os seus respectivos gestores, ou seja, o gestor do hospital H1 será identificado como o respondente do hospital H1.

Pelo mesmo motivo, tanto na apresentação dos hospitais quanto nas etapas de apresentação, análise dos dados e de conclusão, serão evitadas referências a características únicas, que possam levar a identificação do respondente, exceto aquelas indispensáveis à compreensão dos problemas.

Portanto, embora tenha sido elaborada uma ficha de identificação completa de cada hospital, só estarão disponíveis neste documento informações gerais sobre os hospitais pesquisados.

O **hospital 1** é privado, de importância local e atendimento geral de média complexidade, com ênfase nas clínicas cirúrgicas, possui unidade de terapia intensiva não credenciada no SUS, e um total de 48 leitos.

Atende a pacientes SUS, de convênios e particulares. Iniciou seu funcionamento em 1948, nos últimos 10 anos realizou obras e outros investimentos através de recursos próprios.

O **hospital 2** é privado, sem finalidade lucrativa (filantrópico), de importância microrregional e atendimento geral de média complexidade, atua como hospital de referência do SUS para sua sede de módulo nas áreas de pronto atendimento, pediatria, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica.

Possui 68 leitos e atende a pacientes SUS, de convênios e particulares. Iniciou seu funcionamento em 1966; nos últimos 10 anos realizou obras

e outros investimentos através de recursos a fundo perdido do Ministério da Saúde.

O **hospital 3** é privado, sem finalidade lucrativa (filantrópico), de importância microrregional e atendimento geral de média complexidade, atua como hospital de referência do SUS para sua sede de módulo nas áreas de pronto atendimento, pediatria, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica.

Possui 79 leitos e atende a pacientes SUS, de convênios e particulares. Iniciou seu funcionamento em 1956, nos últimos 10 anos realizou obras e outros investimentos, através de recursos a fundo perdido do Ministério da Saúde.

O **hospital 4** é público estadual, de importância local e atendimento geral de média complexidade, atua como hospital de referência para uma região da cidade de Londrina.

Possui 56 leitos e atende exclusivamente a pacientes SUS. Iniciou seu funcionamento em 1978, nos últimos 10 anos não realizou obras, apenas obras de manutenção e pequenos investimentos em equipamentos, através de recursos da Secretaria Estadual de Saúde.

O **hospital 5** é privado, sem finalidade lucrativa (filantrópico) de importância regional e atendimento geral de alta complexidade, atua como hospital de referência do SUS para toda a região nas áreas de tratamento intensivo (UTI) adulto e neonatal.

Possui 243 leitos e atende a pacientes SUS, de convênios e particulares. Iniciou seu funcionamento em 1953, nos últimos 10 anos realizou obras e outros investimentos através de recursos a fundo perdido do Ministério da Saúde.

O **hospital 6** é público estadual, hospital-escola, de importância estadual e atendimento geral de alta complexidade, atua como hospital de referência do SUS para toda a região. É centro referência regional para o SUS nas áreas de

transplante renal e de córneas, oncologia, ortopedia, neurocirurgia, vídeolaparoscopia, implante de marca-passo definitivo, AIDS, busca ativa e abordagem de possível doador de órgãos para transplantes, cirurgia bariátrica (gastroplastia), esterilização (planejamento familiar) e UTI. É referência estadual para o SUS em atendimento de gestantes de alto risco e urgência e emergência. É indicado pelo Ministério da Saúde como referência para o atendimento à síndrome respiratória aguda grave (SRAG). É considerado hospital estratégico para o SUS.

Possui 300 leitos e atende exclusivamente a pacientes SUS. Iniciou seu funcionamento em 1971; nos últimos 10 anos realizou obras e outros investimentos, através de recursos a fundo perdido do Ministério da Saúde.

O **hospital 7** é privado, sem finalidade lucrativa (filantrópico) de importância macrorregional e atendimento geral de alta complexidade, atua como hospital de referência do SUS para toda a região nas áreas de urgência e emergência, transplantes cardíacos e renais, ortopedia, neurologia, tratamento intensivo (UTI) adulto e neonatal e outros.

Possui 257 leitos e atende a pacientes SUS, de convênios e particulares. Iniciou seu funcionamento em 1944, nos últimos 10 anos realizou obras e outros investimentos, através de recursos a fundo perdido do Ministério da Saúde.

## **7.5 DEFINIÇÃO DOS TERMOS**

Segundo Cooper; Schindler (2003, p. 52), para que informações sobre objetos e fatos possam ser entendidas e comunicadas é necessário que haja senso sobre como fazer isso. Buscando estabelecer senso comum sobre as

informações, que serão levantadas pela pesquisa, serão apresentados inicialmente os conceitos julgados necessários e a seguir os constructos, que ajudarão a fortalecer as idéias e imagens específicas desta pesquisa.

### 7.5.1 Conceitos

Conceito é um conjunto de significados ou características associados a certos eventos, objetos, condições ou situações (COOPER; SCHINDLER, 2003, p. 606):

**Atribuição:** Faculdade inerente ao cargo. (FERREIRA, 2000, p.74)

**Competência:** é um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (FLEURY, 2004, p. 29).

**Gestor hospitalar:** indivíduo, com formação superior (graduação), a quem foi delegada a responsabilidade de administrar profissionais de saúde, que ocupa cargo remunerado de gestão administrativa em uma organização hospitalar, exercendo funções de direção (no Ápice estratégico) tais como: presidência, superintendência, diretoria ou gerência.

**Organização profissional:** é uma organização burocrática não centralizada cuja estrutura básica é de uma burocracia profissional ou ainda segundo MINTZBERG:

Quando o trabalho é complexo, exigindo que seja realizado e controlado por profissionais e quando permanece estável ao mesmo tempo, de modo que as habilidades dos profissionais possam ser aperfeiçoadas através de programas operacionais padronizado. (MINTZBERG 2001, p.272).

**Organização Hospitalar ou hospital:** é todo o estabelecimento, independente de sua denominação, dedicado à assistência médica, em forma ambulatoria e/ou por meio da internação, seja de dependência estatal, privada ou seguro social; de alta, média ou baixa complexidade; com fins lucrativos ou não, declarados nos seus objetivos institucionais; aberto a toda comunidade de sua área de captação ou com sua admissão limitada para um único setor (NOVAES; PAGANINI, 1992, p. 16).

**Capacidade de resolução:** é um conjunto de recursos materiais e humanos, que um hospital reúne com a finalidade de resolver problemas de saúde relativos a uma especialidade médica, ou a um conjunto de especialidades. Os hospitais podem ser classificados, de acordo com a sua capacidade de resolução.

Para efeito deste estudo será utilizado o conceito de capacidade de resolução ou nível de complexidade proposto por Gonzalo Vecina Neto, especificamente elaborada para classificar os hospitais da região Norte do Paraná quando da realização de consultoria contratada pela Organização Pan-Americana de Saúde em 1993 (VECINA NETO, 1993).

Nível 1: hospital de baixa complexidade, de atuação quase que exclusivamente local. Realiza atividades na área de atendimento de emergência, realizam internações clínicas nas áreas básicas, partos normais e cesarianas, poucos procedimentos cirúrgicos com analgesia por bloqueio. Tem cobertura de laboratório básico provido por terceiros, funcionando geralmente apenas em horário comercial. Realiza exames radiológicos simples com baixa capacidade de penetração (equipamentos móveis com não mais de 100 ma). Não atua na área ortopédica. O corpo clínico é muito pequeno, freqüentemente um a dois médicos.

Nível 2: hospital de baixa complexidade também de atuação local. Semelhante ao nível 1, porém com um corpo clínico um pouco maior e mais diferenciado. Tem maior capacidade resolutiva. Pode ostentar movimento cirúrgico com certa constância. Atende com limitações a área de trauma.

Nível 3: hospital de média complexidade. Tem atuação microrregional. Realiza as atividades anteriores, porém com um corpo clínico mais diferenciado, tem papel importante no sistema de emergência. Realiza ampla gama de cirurgias (exceto área de cabeça, pescoço e tórax). Tem condições de realizar anestesia geral. Tem cobertura laboratorial e radiológica boa. Tem acesso à ultrasonografia e endoscopia. Possui condições de monitoração e, às vezes, inclusive de respiração assistida. O limitante maior é não possuir condição de sustentar a vida de pacientes clinicamente instáveis - não possui UTI ou semi-intensiva. Realiza procedimentos na área de traumato-ortopedia.

Nível 4: hospital de alta complexidade. Tem atuação regional. Realiza toda gama de procedimentos dentro de sua (as) especialidade (s). Nesta categoria se enquadram os hospitais especializados.

### **7.5.2 Constructos**

Segundo Cooper; Schindler (2003, p. 606): “*constructo é uma definição especificamente criada para uma imagem ou idéia em um determinado projeto de pesquisa*”.

Para efeito da pesquisa, utilizaremos os constructos, propostos por Le Boterf (2003), quanto aos níveis de profissionalismo e de Dutra (2001), quanto

aos níveis de complexidade das competências, como referência para as categorias a serem pesquisadas.

**Nível de profissionalismo:** considerando que o profissionalismo é uma combinação de competências, os níveis de profissionalismo permitem avaliar o processo de desenvolvimento das pessoas, através da plena utilização dos recursos (léxico) garantida pelo domínio da competência (sintaxe).

**Nível de complexidade da competência:** permite avaliar o nível de entrega e da agregação de valor das pessoas para com as empresas;

**Escala de Mensuração da Complexidade:** permite avaliar o desenvolvimento das pessoas com base o nível de complexidade, através da adoção de sete níveis de complexidade propostos por JAQUES apud DUTRA (2001, p. 35).

**Saberes teóricos:** servem para entender fenômenos, objetos, situações, formas de organização ou processos. São saberes de inteligibilidade, pede-se ao profissional não apenas fazer bem, mas entender aquilo que faz. Não tem uma aplicação direta, pois são compostos de conceitos, conhecimentos disciplinares, organizacionais, teoremas, princípios etc., entretanto desempenham um papel heurístico, facilitando a construção de representações operatórias, orientando a ação. Os saberes teóricos são formalizados e em geral difundidos pelas escolas (LE BOTERF, 2003, p. 95).

**Saberes de meio:** relacionam-se ao contexto no qual o profissional intervém, sistemas de gestão, cultura organizacional, códigos sociais, características dos clientes. São saberes relacionados à rapidez das respostas às contingências profissionais, que permitem ajustar as decisões, antecipar as reações das pessoas. Estes saberes contextualizados podem ser parcialmente formalizados, entretanto,

uma parte deles estará sempre relacionada a uma intuição ou a uma sensibilidade menos formalizável (LE BOTERF, 2003, p. 97).

**Saberes procedimentais ou procedurais:** visam descrever “como deve ser feito”, “como proceder para”. Relacionam-se a regras para agir em uma situação pré-determinada, uma escolha procedimental entre tantas possíveis como um manual de instruções. São adquiridos através de sistemas formais de educação e formação, podendo ser enriquecidos pela ação (LE BOTERF, 2003, p. 99).

**O saber-fazer formalizado ou operacional:** são constituídos por condutas, métodos ou instrumentos cuja aplicação o profissional domina, como ler, entender e utilizar um mapa, saber usar um software de contabilidade, saber redigir um procedimento. É o domínio profissional dos saberes que podem ser formalizados (LE BOTERF, 2003, p. 101).

**O saber fazer empírico ou experiencial:** é o saber oriundo da ação, da experiência prática, do tratamento “na hora” de um problema profissional. É um saber contextualizado e contingente, que leva em conta tudo aquilo que a teoria negligencia. Permite perceber “sinais fracos”, que levarão ao diagnóstico e ação. É adquirido por meio da “pedagogia da disfunção”, de Schwartz apud Le Boterf (2003, p.102), ou da exploração pedagógica dos erros que não podem ser considerados como falhas, mas como oportunidades de aprendizado.

**O saber-fazer relacional ou social:** é oriundo das relações sociais que se estabelece no saber-fazer, ou seja, na experiência prática que valoriza o trabalho em conjunto, a opinião do outro, a troca de informações.

**O saber fazer cognitivos:** corresponde a operações intelectuais necessárias a formulação, à análise e a resolução de problemas, à concepção e à realização de projetos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção. As

capacidades cognitivas são postas em execução e organizadas entre si por um sujeito em interação com seu meio (LE BOTERF, 2003, p. 114).

**Aptidões ou qualidades:** para Le Boterf (2003, p.124), são os recursos mais difíceis de serem expressos ou descritos e dizem respeito ao rigor, força de convicção, curiosidade de espírito, reatividade, etc. Devem ser descritas a partir de contexto particular, enquanto qualidades contextualizadas. O estudo destas qualidades se justifica pela possibilidade de evidenciar certas qualidades esperadas em uma situação profissional e que deveriam ser descritas em função desta: rigor em relação às regras e ao controle dos resultados; curiosidade na busca de informações; antecipação em termos de elaboração de projetos (LE BOTERF, 2003, p. 125).

**Recursos emocionais:** As reações emocionais podem constituir riscos e obstáculos ao mesmo tempo em que podem ser uma vantagem ou ajuda. Com base nos estudos do professor em neurologia Damásio, Le Boterf (2003, p. 126), destaca a importância dos marcadores somáticos, sinais emocionais que o organismo emite e que desempenham o papel de alarme ou de encorajamento. Estes sinais não substituem os processos lógicos de raciocínio, mas reduzem uma gama de opções sobre as quais deverão aplicar-se.

## **7.6 PARÂMETROS DE ANÁLISE DA PRESENÇA PROFISSIONAL**

Para verificar se os hospitais pesquisados possuíam características de organizações profissionais, foi inicialmente necessário analisar a presença profissional. Para tal, foram utilizados os parâmetros e indicadores apontados pelo Relatório de Pesquisa nº 9/2000 da Escola de Administração de Empresas de São

Paulo/Fundação Getúlio Vargas/Núcleo de Pesquisas e Publicações (ESP/FGV/NPP) - Dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais privados e públicos no Estado de São Paulo, do pesquisador Djair Pichiai. Para PICHIAI (2000, p.18):

Os recursos humanos desempenham um papel estratégico no processo de prestação de serviços de saúde, pois além de interagir com os pacientes, são eles que detém o conhecimento e agregam valor, no processo assistencial.

Partindo do pressuposto que a prestação de serviços médico-hospitalares só se realiza na presença de um conjunto de recursos humanos, a pesquisa fez correlações entre a presença dos diversos grupos que compõem estes recursos, a complexidade da assistência e a complexidade da gestão dos hospitais pesquisados, buscando evidências que ajudem a demonstrar a relação direta entre o aumento da complexidade da assistência e o aumento da complexidade da gestão em hospitais.

Complementarmente, foram utilizados como parâmetros de comparação os indicadores PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

Este Programa monitora, há mais de 10 anos, informações oriundas de hospitais do São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, proporcionando uma série histórica de dados, que refletem o funcionamento destes hospitais organizados em indicadores financeiros, de produtividade e de qualidade.

Os dados sobre os recursos humanos dos hospitais pesquisados foram obtidos através das respostas a questão de número 25, relativa ao número de

leitos, a questão de número 26, relativa à quantidade de profissionais, e as respostas às perguntas complementares, feitas aos responsáveis pelo setor de recursos humanos dos hospitais, sobre os totais de pessoal de enfermagem e de funcionários e outras informações, que buscaram compreender o vínculo funcional dos profissionais de assistência.

Inicialmente os recursos humanos foram organizados, conforme os objetivos da pesquisa, em duas categorias principais:

- Recursos humanos de assistência composta por profissionais de nível superior, envolvidos diretamente na assistência, composto por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, biólogos e 75%<sup>20</sup> dos enfermeiros, independentemente de sua vinculação com o hospital (contratado, docente, liberal ou terceirizado) e os funcionários de enfermagem, inclusive técnicos e escriturários. Os recursos humanos de assistência foram subdivididos em profissionais de assistência (Prof. Assist.) e funcionários de enfermagem (Func. Enf.);
- Recursos humanos de gestão e apoio composta de profissionais de nível superior em cargos de gestão administrativa ou de serviços de apoio composto por administradores, farmacêuticos, nutricionistas, analistas de sistema, contadores, engenheiros, advogados, jornalistas e 25% dos enfermeiros, e os funcionários de apoio de um modo geral. Os recursos humanos de gestão e apoio foram subdivididos em profissionais de gestão (Prof. Gest.)

---

<sup>20</sup> A atribuição do percentual de 75% de enfermeiros como profissionais de assistência e de 25% como profissionais de gestão busca atender a especificidades deste grupo profissional que acumula funções das duas naturezas, a proporção escolhida reflete a situação observada no setor de saúde pela experiência empírica.

e funcionários de apoio (Func. Apoio).

Desta forma, a pesquisa correlacionou os recursos humanos, disponíveis nos hospitais, com o respectivo número de leitos, buscando organizá-los em dois grupos de indicadores:

- **Complexidade da Assistência:** baseada na variação da presença geral dos recursos humanos, incluindo a globalidade dos profissionais e dos funcionários em relação ao número de leitos e a proporção entre os grupos de recursos humanos que compõe a enfermagem;
- **Complexidade da Gestão e do Apoio:** baseada na variação da presença de profissionais de gestão e funcionários de apoio em relação ao número de leitos, e a proporção entre estes dois grupos; Os dados obtidos foram tabulados buscando a formulação dos seguintes indicadores:
  - **RH/Leito** - quantidade de recursos humanos disponíveis no hospital por leito. Para efeito da presente pesquisa, os recursos humanos dos hospitais são formados pelos médicos contratados ou profissionais liberais, outros profissionais de gestão e assistência e os funcionários de um modo geral, ou seja, o conjunto global de pessoas, que participam dos processos de assistência e gestão nos hospitais;
  - **Func/Leito** - quantidade de funcionários registrados no hospital, inclusive profissionais contratados por leito;
  - **Prof/Leito** - quantidade de profissionais de nível superior por leito, de assistência ou gestão, contratado, docente, terceirizado ou liberal por leito;
  - **Méd/Leito** - quantidade de médicos contratados ou liberais por leito;

- **Enf/Leito** - quantidade de enfermeiros (profissionais de nível superior) por leito;
- **RH.Enf/Leito** - quantidade de recursos humanos da enfermagem por leito, incluindo enfermeiras, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e escriturários;
- **Func.Enf/Leito** - quantidade de recursos humanos de enfermagem por leito, exceto enfermeiros;
- **Prof.Assist/Leito** - todos os profissionais de assistência por leito, inclusive médicos e 75% das enfermeiras;
- **Prof.Gest/Leito** - todos os profissionais de gestão por leito, inclusive 25% de enfermeiras;
- **Func.Apoio/Leito** - os demais recursos humanos do hospital por leito, exceto os profissionais de gestão, os profissionais de assistência e os funcionários de enfermagem.
- **Farm./Leito** - quantidade de farmacêuticos por leito
- **Nutr./Leitos** - quantidade de nutricionistas por leito;
- **Adm./leito** - quantidade de administradores por leito;

Conforme Pichiai (2000, p. 54), acredita-se que o porte do hospital (número de leitos) interfira na quantidade de recursos humanos de apoio, pois quanto maior o tamanho do hospital maior a possibilidade de se obter ganhos de escala, o que resultaria numa diminuição do quadro de pessoal de apoio relativamente ao número de leitos.

O estudo desta relação pode ajudar a entender como o aumento da complexidade da assistência interfere na relação recursos humanos por leito e, principalmente, como interfere de modo diferenciado quando analisados

separadamente os recursos humanos conforme a finalidade de assistência ou apoio e gestão.

## **7.7 COLETA DE DADOS**

Os dados primários foram coletados através de entrevista pessoal, realizada no ambiente hospitalar, com a presença do pesquisador e do respondente, sujeito da pesquisa, tendo como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado (ANEXO 01), organizados em questões gerenciais, de classificação e de direcionamento:

- a) gerenciais - através das quais foi possível identificar o respondente, o entrevistador, o local e as condições da entrevista;
- b) de classificação - através das quais as respostas relativas às características básicas dos respondentes e dos hospitais pesquisados foram agrupadas visando permitir comparações e formulação de indicadores;
- c) de direcionamento - através das quais foram investigadas as questões relativas aos objetivos da pesquisa de campo.

Os dados secundários foram coletados, através de pesquisa em documentos fornecidos pelo hospital, obtidos em seus respectivos sites na Internet, em outros sites institucionais ou em site de busca no caso específico dos dados coletados sobre a experiência social dos respondentes. Em alguns casos, as informações tiveram que ser complementadas, através de contatos telefônicos

posteriores com os respondentes ou com funcionários do setor de recursos humanos dos hospitais pesquisados.

Os dados secundários foram organizados em fichas de cadastros, preenchidas para cada um dos hospitais pesquisados (ANEXO 02).

## CAPÍTULO V

### 8 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A primeira seção apresenta e **caracteriza os hospitais** estudados destacando o grau de profissionalização da assistência prestada por estas organizações, na seqüência apresenta e analisa a utilização de recursos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional por estas organizações, buscando atender ao objetivo específico 4 do presente estudo.

A segunda seção apresenta e **caracteriza os respondentes**, gestores hospitalares da Região Norte do Estado do Paraná, analisando os seus **saberes** do ponto de vista dos modos de aquisição e manifestação, correlacionando estes saberes aos **papéis do administrador** de profissionais buscando atender ao objetivo específico 5 do presente estudo.

#### 8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS ESTUDADOS

Conforme o critério de escolha dos hospitais, o grupo pesquisado possui hospitais de média complexidade, representados pelos hospitais H1, H2, H3 e H4 e hospitais de alta complexidade, representados pelos hospitais H5, H6, e H7.

Neste conjunto de hospitais estão representados os três tipos de organização jurídica: a privada, representada pelo hospital H1; a privada sem finalidade lucrativa ou filantrópica, representada pelos hospitais H2, H3, H5 e H7; e a pública, representada pelos hospitais H4 e H6.

### 8.1.1 Quanto à finalidade terapêutica

A opção do respondente pela finalidade terapêutica foi investigada através das respostas às questões de número 68 a 71, nas quais o mesmo poderia escolher uma das afirmativas apresentadas que, segundo ele, melhor justificaria uma decisão gerencial sobre a aquisição de equipamentos de diagnóstico (68) ou de sustentação de vida (69), da presença de novas especialidades (70) ou da contratação de profissionais de apoio (71).

De um modo geral, todos os gestores dos hospitais demonstraram opção pela finalidade terapêutica, entretanto, esta opção ficou mais clara nos hospitais de alta complexidade (H5, H6 e H7), que responderam a todas as questões escolhendo as afirmativas que melhor expressavam a opção por esta finalidade.

No grupo de hospitais de média complexidade, destacou-se o respondente do hospital H4, o único público do grupo, que respondeu de forma semelhante ao grupo de alta complexidade. Os demais fizeram escolhas, que demonstraram que a opção pela finalidade terapêutica foi determinada, em parte, por fatores econômicos.

Entretanto, para que seja possível avaliar como a opção pela finalidade terapêutica se traduz efetivamente na atenção aos pacientes torna-se necessário avaliar o grau de profissionalização da assistência prestada por estas organizações hospitalares, o que será feito a seguir.

### 8.1.2 quanto à presença profissional

Os dados sobre os recursos humanos foram obtidos através das respostas às questões de número 25, relativas ao número de leitos, de número 26, relativa à quantidade de profissionais, e as respostas às perguntas complementares, feitas aos responsáveis de recursos humanos dos hospitais. As perguntas complementares tiveram por objetivo obter as quantidades totais de pessoal de enfermagem e de funcionários em geral. Buscam, também, fechar e conferir os números obtidos através do questionário e obter outras informações, que ajudaram a compreender o vínculo funcional dos profissionais de assistência.

Os dados foram inicialmente organizados conforme o objetivo específico 4 da pesquisa, em duas categorias principais:

- **Recursos Humanos de Assistência** (RH Assistência) composta por profissionais de nível superior, envolvidos diretamente na assistência; são os médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, biólogos e 75%<sup>21</sup> dos enfermeiros, independentemente de sua vinculação com o hospital (contratado, docente, liberal ou terceirizado) e os funcionários de enfermagem, inclusive técnicos e escriturários. Os recursos humanos de assistência foram subdivididos em profissionais de assistência (Prof. Assist.) e funcionários de enfermagem (Func. Enf.);

---

<sup>21</sup> A atribuição do percentual de 75% de enfermeiros como profissionais de assistência e de 25% como profissionais de gestão busca atender a especificidades deste grupo profissional que acumula funções das duas naturezas, a proporção escolhida reflete a situação observada no setor de saúde pela experiência empírica.

- **Recursos Humanos de Gestão e Apoio** (RH Gestão e Apoio) composta de profissionais de nível superior em cargos de gestão administrativa ou de serviços de apoio composto por administradores, farmacêuticos, nutricionistas, analistas de sistema, contadores, engenheiros, advogados, jornalistas, 25% dos enfermeiros e os funcionários de apoio de um modo geral. Os recursos humanos de gestão e apoio foram subdivididos em profissionais de gestão (Prof. Gest.) e funcionários de apoio (Func.Apoio).

Desta forma, a pesquisa correlacionou os recursos humanos, disponíveis nos hospitais, com o respectivo número de leitos, buscando organizá-los em dois grupos de indicadores:

- **Complexidade da Assistência:** baseada na variação da presença geral dos recursos humanos, incluindo a globalidade dos profissionais e dos funcionários em relação ao número de leitos e a proporção entre os grupos de recursos humanos que compõe a enfermagem;
- **Complexidade da Gestão e do Apoio:** baseada na variação da presença de profissionais de gestão e funcionários de apoio em relação ao número de leitos e a proporção entre estes dois grupos;

Quanto à **Complexidade da Assistência** (Tabela 02) os hospitais pesquisados pela proximidade dos indicadores encontrados possibilitaram a formação de três 3 grupos distintos como é possível verificar no Gráfico 1.

**Tabela 02 - Complexidade da Assistência**  
**Presença de recursos humanos, dos profissionais e dos funcionários em**  
**geral por leitos**

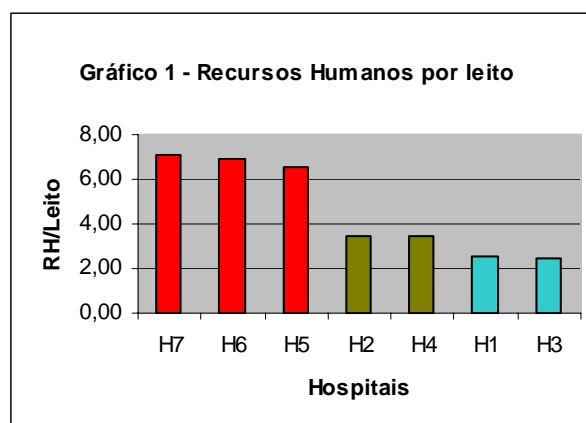
Hospitais	RH/Leito	Prof.Assist/ Leito	Prof. Gest./ Leito	Func.Enf./ Leito	Func.Apoio/ Leito
H1	2,52	1,42	0,08	0,60	0,42
H2	3,50	1,46	0,10	0,85	1,09
H3	2,46	1,14	0,05	0,67	0,59
H4	3,50	1,43	0,12	1,09	0,86
H5	6,54	3,05	0,14	1,84	1,50
H6	6,92	1,89	0,25	1,31	3,48
H7	7,05	3,46	0,23	1,55	1,81

FONTE: A própria autora

O **Primeiro Grupo** foi formado pelos hospitais H7, H5 e H6 de alta complexidade, que apresentaram um maior número de recursos humanos por leito, com destaque para o hospital H7 com 7,05 RH/leito. É importante observar que o hospital H6, embora sendo público e hospital escola não apresentou, quanto ao conjunto geral de recursos humanos, um desempenho diferenciado dos demais, H5 e H7, que são hospitais filantrópicos.

O **Segundo Grupo** foi formado pelos hospitais H2 e H4, de média complexidade, que apresentaram resultados intermediários, bastante próximos, conforme mostra o indicador 3,50 RH/Leito, que foi apresentado pelos dois hospitais a despeito de o hospital H2 ser filantrópico e o hospital H4 ser público.

O **Terceiro Grupo** foi formado pelos hospitais H1 e H3, de média complexidade, que obtiveram um menor número de recursos humanos, com resultados bastante próximos, conforme demonstram os indicadores 2,52 e 2,46 RH/Leito respectivamente, sendo que o hospital H1 é um hospital privado e o hospital H3 é um hospital filantrópico.



FONTE: A própria autora

Os grupos se mantiveram quando foram analisados os funcionários por leito, ou seja, os funcionários e profissionais efetivamente contratados pelos hospitais, (Tabela 03) correspondente ao indicador Func./Leito (Gráfico 2).

**Tabela 03 - Número de Funcionários por Leitos**

Hospitais	Número de Leitos	Número de Funcionários	Func./ Leito
H1	48	72	1,50
H2	68	166	2,44
H3	79	142	1,8
H4	56	196	3,50
H5	243	942	3,88
H6	300	1680	5,60
H7	257	1076	4,19

FONTE: A própria autora

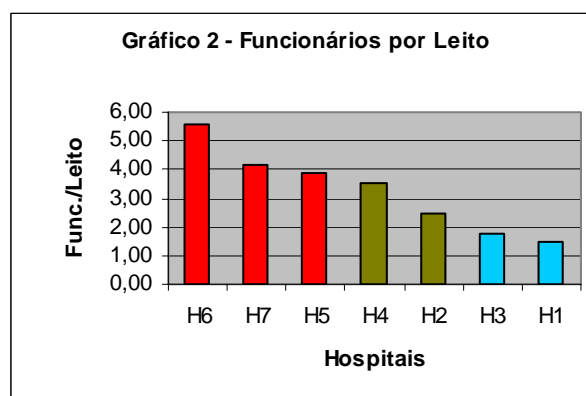
No **Primeiro Grupo** ocorreu uma inversão de posição com o hospital H6 assumindo a liderança. Isto ocorreu em função deste ser um hospital público no qual a maioria dos recursos humanos, inclusive médicos, é contratada, enquanto nos demais hospitais o grande contingente de médicos é formado por profissionais

liberais.

Apenas o hospital H6 ultrapassou o valor de referência proposto pelo Grupo de Assessoria Hospitalar (apud Pichiai, 2000, p. 54) de 5,0 funcionário/leito; o hospital H7 apenas aproximou-se deste valor com indicador 4,19.

A mesma inversão ocorreu no **Segundo Grupo**, no qual o hospital H4 assumiu a liderança, neste caso, justificada por tratar-se de um hospital público, com a totalidade dos profissionais de assistência contratados, enquanto no hospital H2, filantrópico, boa parte destes é formada por profissionais liberais.

O mesmo ocorreu no **Terceiro Grupo**, o hospital H1 passou a última posição, justificada pelo fato deste ser o único hospital privado da pesquisa, trabalhando exclusivamente com profissionais de assistência liberais ou terceirizados que não compõe o quadro de funcionários contratados.

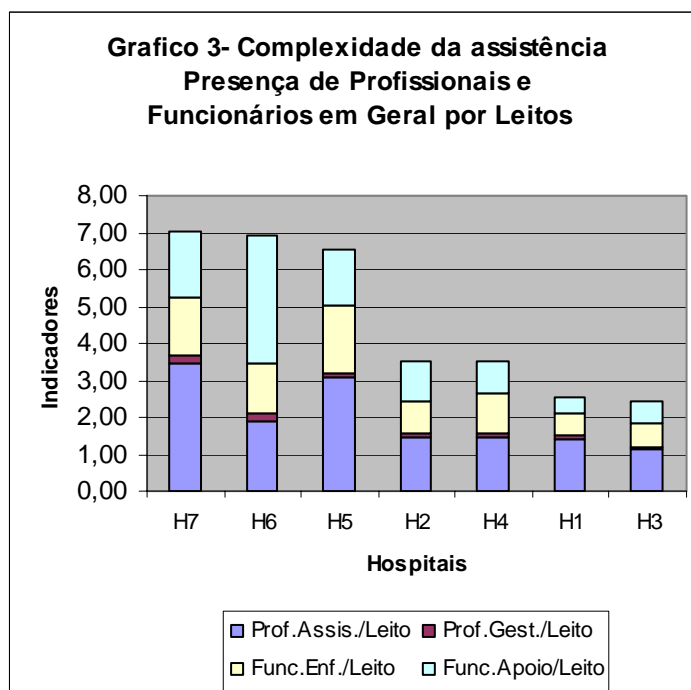


FONTE: A própria autora

Quanto aos demais indicadores apresentados na Tabela 02: Prof.Assist/Leito, Prof.Gest/Leito, Func.Enf./Leito e Func.Apoio/Leito, que compõem o conjunto expresso pelo RH/Leito, os resultados confirmaram a tendência anterior.

Os hospitais de alta complexidade, correspondentes ao **Primeiro Grupo**, apresentaram os melhores resultados, com variações de liderança em

alguns indicadores. A mesma tendência se repetiu no **Segundo** e no **Terceiro Grupos** (Gráfico 3).



FONTE: A própria autora

Chama a atenção a expressividade numérica dos funcionários de apoio no hospital H6, possivelmente decorrente do fato de tratar-se de um hospital escola, público, no qual além das tarefas típicas das estruturas públicas, existem tarefas de apoio ao ensino e a pesquisa.

Conforme Mintzberg (2001, p.154) “*o staff de apoio cresce na medida em que são muitos profissionais a atender*” o que justificaria esta inversão pelo fato de tratar-se de um hospital escola. Entretanto, os valores encontrados parecem bastantes díspares sugerindo ou um excesso de funcionários de apoio ou uma carência de profissionais de assistência que pode ser percebida quando da análise do Gráfico 3.

Para melhor entender como o aumento da complexidade interfere

nos recursos humanos dos hospitais e se isto ocorre de forma linear ou não, os dados foram agrupados em dois grupos conforme a sua finalidade (Tabela 04).

**Tabela 04 - Percentuais de RH por Grupo**

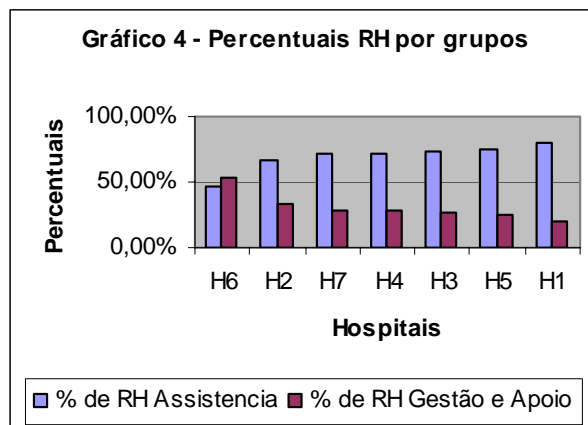
Hospitais	% de RH Assistência	% de RH Gestão e Apoio
H1	80,17	19,83
H2	65,97	34,03
H3	73,71	26,29
H4	71,94	28,06
H5	74,89	25,11
H6	46,12	53,88
H7	70,99	29,01
Médias	63,79	36,21
Médias conforme Pichiai (2000, p.69 )	63,00	37,00

FONTE: A própria autora

A análise comparativa dos percentuais organizados em recursos humanos de assistência e recursos humanos de gestão e apoio, com os parâmetros do Grupo de Assessoria Hospitalar (apud Pichiai, 2000, p.69), organizados de forma a ficarem comparáveis com os percentuais obtidos pela pesquisa, demonstrou que, no geral (média dos percentuais), os hospitais pesquisados encontram-se conforme os referidos parâmetros.

Entretanto, quando analisados individualmente (Gráfico 4), apenas o hospital H2, apresenta percentuais semelhantes aos propostos.

O hospital H6 apresenta uma inversão dos indicadores com o percentual de Recursos Humanos de Gestão e Apoio 53,88%, superior ao percentual de RH de Assistência 46,12%.



FONTE: A própria autora

O hospital H1 apresenta os percentuais mais distantes, com 80,17% de RH de assistência e os demais hospitais apresentam resultados percentuais ligeiramente superiores de RH de assistência em relação ao parâmetro: H7 70,99%; H4 71,94%, H3 73,71% e H5 74,89%.

Trabalhando com números absolutos (Tabela 05) fica evidente que os recursos humanos dos hospitais pesquisados crescem de acordo com o crescimento do número de leitos

**Tabela 05 - Número de Leitos e de Recursos Humanos por hospital pesquisado**

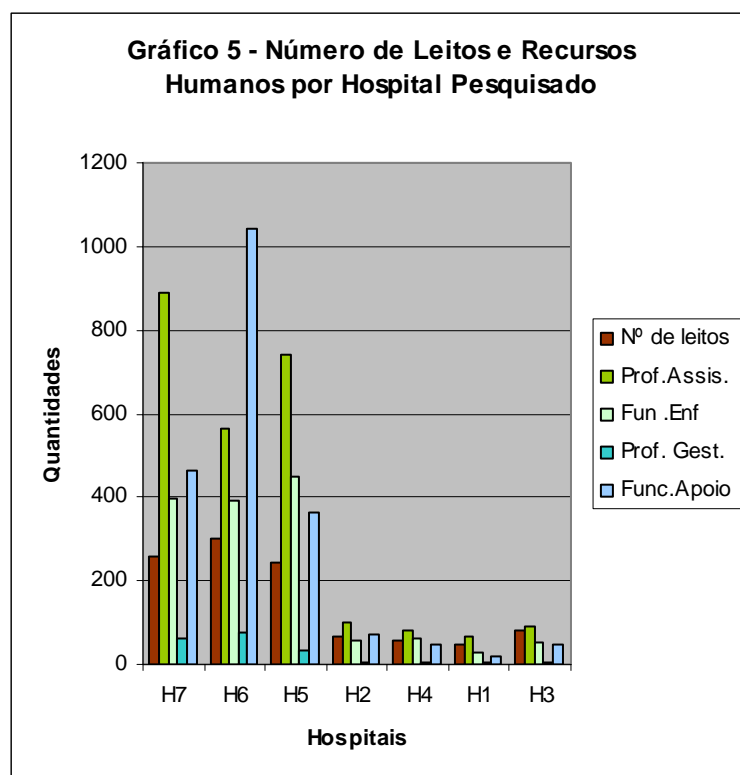
Hospitais	Leitos	Prof. Assis.	Fun. Enf.	Prof. Gest.	Func. Apoio
H1	48	68	29	4	20
H2	68	99	58	7	74
H3	79	90	53	4	47
H4	56	80	61	7	48
H5	243	742	448	34	365
H6	300	566	392	75	1044
H7	257	888	399	60	466

FONTE: A própria autora

Entretanto, este crescimento não ocorreu de modo proporcional ao crescimento dos leitos, aumentando substancialmente conforme o aumento da complexidade (Gráfico 5). Além disto, não ocorreu mantendo as mesmas proporções entre os dois grupos pesquisados o que pode ser verificado no Gráfico 4.

Também não foi observada redução percentual dos recursos humanos de Gestão e Apoio, como sugere Pichiai (2000) por um efeito de aumento de escala.

Os resultados encontrados apontam em outra direção, na qual independentemente do porte do hospital, o aumento da complexidade da assistência produziria um aumento geral dos recursos humanos, tanto de gestão e apoio quanto de assistência com variações conforme condições específicas de cada hospital.



FONTE: A própria autora

Dentre estas condições específicas pode estar a complexidade da Gestão e do Apoio, influenciada pelo uso de instrumentos de controle dos profissionais, observando a lógica de Mintzberg (2001, p.154), ou seja, quanto maior o número de profissionais desempenhando as atividades fim da organização, maior será o *staff* de apoio, o que sem dúvida ocorreu na observação dos números absolutos.

Para aprofundar a compreensão do impacto do aumento da complexidade nos dois grandes grupos, foram elaboradas tabelas com os componentes mais significativos de cada um destes: Tabela 06 - enfermeiros e médicos nos recursos humanos de assistência e Tabela 07 - administradores, nutricionistas e farmacêuticos nos recursos humanos de gestão e apoio, com os correspondentes gráficos parciais.

**Tabela 06 - Enfermeiros e Médicos nos Recursos Humanos de Assistência**

Hospitais	RH. Enf./Leito	Func.Enf./ Leito	Enf./ leito	Méd./Leito
H1	0,69	0,60	0,08	1,25
H2	0,97	0,85	0,12	1,34
H3	0,78	0,67	0,11	1,03
H4	1,29	1,09	0,20	1,27
H5	2,17	1,84	0,33	2,76
H6	1,76	1,31	0,45	1,31
H7	1,88	1,55	0,32	3,13

FONTE: A própria autora

Com relação à presença do conjunto de Recursos Humanos de Enfermagem, mantiveram-se os três grupos iniciais (Gráfico 6), embora com menor diferença entre os números.

Conforme os parâmetros do Grupo de Assessoria Hospitalar (apud

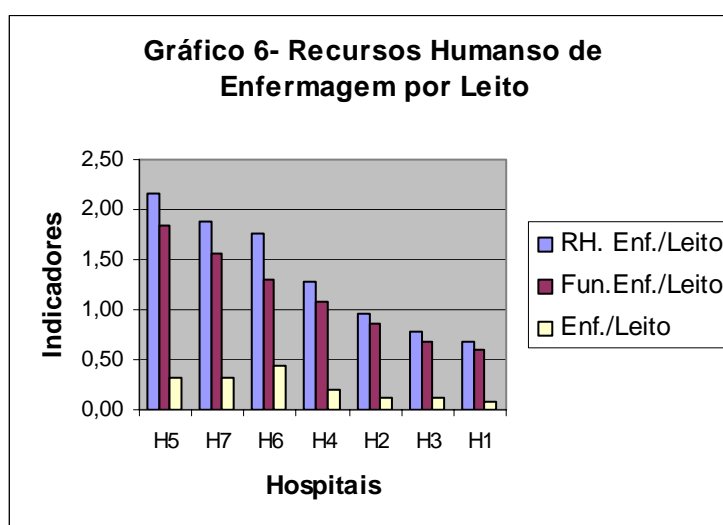
Pichiai, 2000, p.54), a quantidade esperada de recursos humanos de enfermagem por leito é de 2,20 RH.Enf/Leito, dos hospitais pesquisados apenas H5, com 2,17 RH.Enf/Leito, aproximou-se deste parâmetro. Os hospitais H6 com 1,76 RH.Enf/Leito e H7 com 1,88 RH.Enf/Leito apresentaram resultados ligeiramente acima dos apurados pelo PROAHSA (Quadro 09). Os demais, correspondentes ao segundo e terceiro grupos, ficaram bem abaixo destes indicadores.

**Quadro 09 - Histórico de Indicadores PROAHSA**

	2º Trimestre 2004	3º Trimestre 2004	4º Trimestre 2004	1º Trimestre 2005
Enf./Leito	0,26	0,28	0,26	0,27
RH.Enf/Leito	1,68	1,72	1,67	1,73
RH/Leito	4,38	4,44	4,43	4,53

Fonte: Montado pela pesquisadora com base nos Boletins de indicadores PROAHSA (2004, 2005)

No grupo de hospitais pesquisados destaca-se o hospital H5 pela maior quantidade de Funcionários de Enfermagem por leito e o hospital H6 pela maior quantidade de enfermeiros por leito.

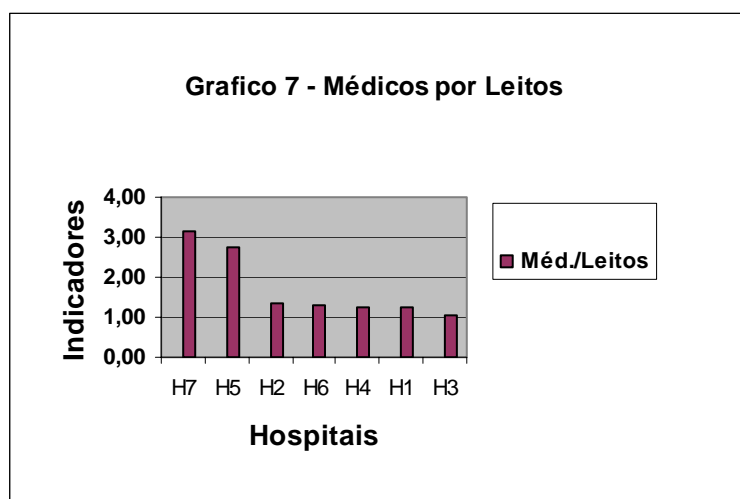


FONTE: A própria autora

O resultado do hospital H6, 0,45 Enf./Leito era esperado, uma vez que, na qualidade de hospital escola, este conta com um grande número de enfermeiros docentes do curso de enfermagem, que participam indiretamente da assistência e foram considerados na pesquisa.

O hospital H6 apresentou indicador bastante superior aos indicadores PROAHSA, conforme o esperado. Os hospitais H5 e H7 também ficaram ligeiramente acima daqueles indicadores; os demais hospitais apresentaram indicadores inferiores.

Quanto à presença de médicos em relação ao número de leitos (Gráfico 7), destacaram-se os hospitais H7 e H5, com indicadores 3,13 e 2,76 Méd./Leito, respectivamente. Ambos possuem corpo clínico composto de profissionais liberais.



FONTE: A própria autora

Os demais hospitais variaram de 1,34 Méd./Leito no hospital H2 a 1,03 Méd./Leito no hospital H3.

Este resultado é bastante revelador e interessante uma vez que, conforme os parâmetros do Grupo de Assessoria Hospitalar (apud Pichiai, 2000,

p.54), o número de médicos em relação aos leitos deveria ficar em torno de 1, confirmando a suspeita inicial de uma grande concentração de médicos na região pesquisada.

Este resultado permite duas interpretações distintas. A primeira, da existência de uma ampla capacidade de resolução dos problemas de saúde expressa por uma grande diversidade profissional, o que ratifica a condição de pólo de saúde da região pesquisada.

Ou ainda, um excesso de oferta de serviços médicos decorrente da forte presença do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. Ambas as interpretações permitem supor, que a quantidade e a diversidade médica ampliam as condições para o estabelecimento de conflitos entre os próprios grupos profissionais e entre estes e os gestores das organizações hospitalares.

Os resultados encontrados nos hospitais de média complexidade H1, H2, H3 e H4 demonstram que mesmo neste grupo a participação médica é expressiva, ficando ligeiramente acima do parâmetro do Grupo de Assessoria Hospitalar (apud PICHIAI, 2000, p.54).

O resultado do hospital H6, 1,34 Méd/Leito, abaixo dos hospitais H5 e H7 pertencentes ao mesmo grupo de alta complexidade, pode ser explicado pelo vínculo do hospital com seu corpo clínico, que neste caso, diferentemente dos demais, se dá através de vínculo empregatício com o hospital ou com a universidade a quem os docentes são vinculados.

A diferença de vínculo é bastante importante neste caso, uma vez que os médicos dos hospitais H5 e H7, em sua maioria, não possuem vínculo empregatício com o hospital, não sendo possível determinar a quantidade de horas que se dedicam efetivamente aos pacientes destes hospitais.

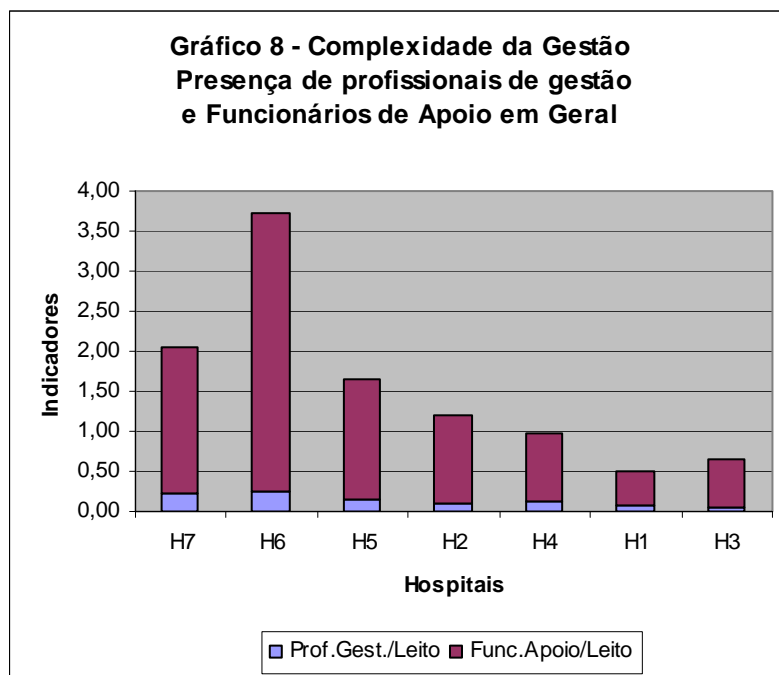
Para analisar a complexidade da Gestão e do Apoio foi elaborado o Gráfico 8, que teve como base os indicadores da Tabela 07

**Tabela 07 - Administradores, Nutricionistas e Farmacêuticos nos Recursos Humanos de Gestão e Apoio**

Hospitais	Prof. Gest./ Leito	Func. Apoio/ Leito	Farm./ Leito	Nutr./ Leito	Adm./ Leito
H1	0,08	0,42	0,021	0,021	0,021
H2	0,10	1,09	0,015	0,015	0,029
H3	0,05	0,59	0,013	0,013	0,000
H4	0,12	0,86	0,018	0,018	0,018
H5	0,14	1,50	0,012	0,016	0,012
H6	0,25	3,48	0,010	0,023	0,010
H7	0,23	1,81	0,012	0,016	0,051

FONTE: A própria autora

Os resultados mostram com relação ao RH de gestão e apoio que os três grupos iniciais se mantêm. No **Primeiro Grupo**, os hospitais H6 e H7 apresentam uma maior expressividade dos Profissionais de Gestão. Quanto aos funcionários de apoio em geral, o hospital H6 confirma o resultado apresentado em gráficos anteriores.



FONTE: A própria autora

Os resultados mais baixos de ambos os indicadores do hospital H5 o aproximam dos hospitais do **Segundo Grupo**, onde se destaca o indicador de Prof.Gest/Leito do hospital H4 e o Func.Apoio/Leito do Hospital H2. Os hospitais do **Terceiro Grupo** apresentaram os indicadores bem próximos, que expressam uma relação por leito inferior aos demais hospitais para os dois indicadores.

Como parâmetros de comparação da presença de Recursos Humanos de Gestão e Apoio (Tabela - 07), foram utilizados os indicadores mencionados pelo pesquisador Pichiai (200) apresentados no Quadro - 10.

#### Quadro - 10 - Parâmetro encontrados por Pichiai

1 Administrador a cada 300 leitos	0,003 Adm./Leitos
1 nutricionista por cada 50 leitos em hospital escola	0,020 Nutr./Leito
1 nutricionista por cada 100 leitos em outros hospitais	0,010 Nutr./Leito
1 farmacêutico a cada 50 leitos	0,020 Farm./Leito

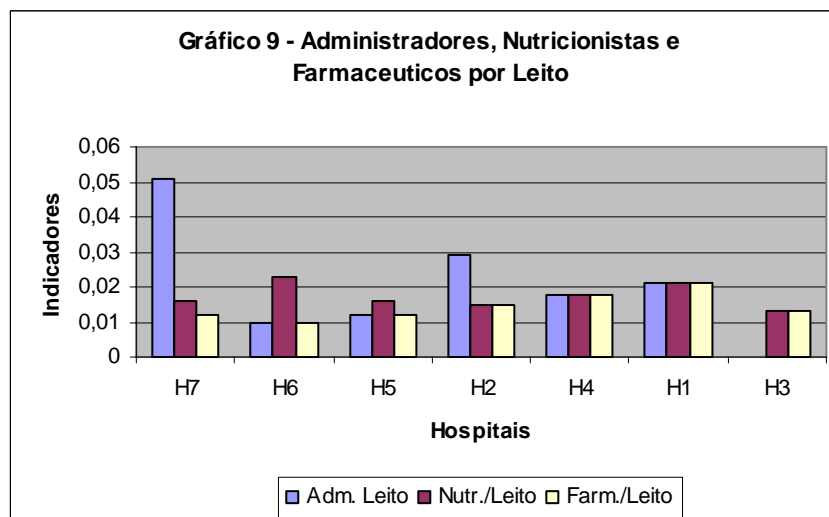
Fonte: (PICHIAI, 2000, p. 78, 99, 116)

Quanto à presença de administradores (Gráfico 9), todos os hospitais pesquisados, exceto o H1, que não possui nenhum administrador em seu quadro de funcionários, apresentaram indicadores superiores aos de Pichiai (2000). Este resultado pode ser decorrente da definição preliminar da presente pesquisa, que considerou como administradores todos os profissionais graduados em administração ocupando cargo de gerência ou supervisão, enquanto os parâmetros de Pichiai (2000) podem se referir apenas àqueles que ocupam a função geral de administração.

Quanto à presença de nutricionistas (Gráfico 9), os dados obtidos encontram-se ligeiramente superiores aos parâmetros de Pichiai (2000), inclusive se considerado o indicador diferenciado para hospital escola.

Finalmente, em relação à presença de farmacêuticos (Gráfico 9), com exceção do H6 que apresenta indicador semelhante ao parâmetro, os indicadores dos demais hospitais encontram-se acima dos parâmetros.

É importante ressaltar que o bom desempenho do hospital H1 nos indicadores Nutr./Leito e Farm./leito são decorrentes do menor número de leitos, o que produz um indicador melhor. Em números absolutos, os hospitais H1, H2, H3 e H4 possuem apenas uma nutricionista e um farmacêutico cada um.



FONTE: A própria autora

Finalizando a análise dos recursos de gestão e apoio, é importante ressaltar que nenhum dos hospitais possui profissional de estatística no quadro de funcionários, contrariando os parâmetros de Pichiai (2000, p. 98), que é de 1 profissional para hospital acima de 150 leitos. Neste porte se encaixam os hospitais H6, H5 e H7 que, em maior volume e complexidade, coletam dados, produzem indicadores e gerenciam informações fornecidas não só para os órgãos públicos como para diversas pesquisas.

Para finalizar a análise da complexidade da assistência prestada pelos hospitais pesquisados serão apresentados resumidamente os elementos de destaque.

Os dados encontrados confirmaram a tendência de aumento geral de recursos humanos, de acordo com o aumento da complexidade dos hospitais e do número de leitos, mostrando que este aumento não ocorre de forma linear, mas depende de fatores intrínsecos a cada organização.

Dentre estes fatores destacaram-se a finalidade educacional do hospital H6, que o distinguiu dos demais por ter um maior número de funcionários de

apoio, o que levou a uma inversão dos percentuais esperados para o grupo relacionado à assistência (atividade fim) e o grupo relacionado à gestão e apoio (atividade meio). A finalidade educacional também produziu uma elevação no indicador Enf./Leito, favorecido pela presença dos docentes do curso enfermagem no conjunto de recursos humanos da enfermagem.

Outro fator intrínseco a ser considerado é a forma jurídica do hospital. O vínculo funcional dos recursos humanos nos hospitais públicos H4 e H6 produziu a elevação do indicador Func./Leito, pois a maior parte dos profissionais em serviço nestes hospitais apresenta vínculo empregatício (100% no caso do hospital H6). Produziu, também, a redução do indicador Méd./Leito no hospital H6, que apresenta corpo clínico proporcionalmente menor aos demais hospitais de alta complexidade, H5 e H7 e ao hospital H2, todos favorecidos por possuírem corpo clínico aberto formado de profissionais liberais.

O aumento no geral observado no indicador RH.Enf./Leito do hospital H6 não encontra uma justificativa em nenhum destes fatores, podendo ser decorrente de outros fatores relacionados ao controle do trabalho profissional que serão analisados a seguir.

Os resultados dos hospitais H2 e H4, de média complexidade, componentes do segundo grupo, diferem na maioria dos indicadores dos resultados dos hospitais do terceiro grupo, H1 e H3. O que aponta para uma situação de transição, que pode estar relacionada a uma opção mais clara pela finalidade terapêutica ou de natureza estrutural, o que será melhor elucidado pela análise que virá a seguir.

Os hospitais que apresentaram um maior desequilíbrio entre o grupo assistencial e o grupo de gestão e apoio foram o H5, de alta complexidade e H1, de

média complexidade.

O grau de profissionalização da assistência resultante da combinação dos diversos indicadores apresentados, confirma a posição sugerida pelos três grupos já mencionados, com um maior grau de profissionalização observado no primeiro grupo, um grau intermediário no segundo grupo e um grau inferior no terceiro grupo, o que será explorado após a finalização da apresentação dos dados.

### **8.1.3 Quanto à utilização de instrumentos de gestão no controle do trabalho profissional**

Partindo do pressuposto que quanto maior o grau de profissionalização da assistência ou da presença de profissionais assistenciais, maior deverá ser a utilização de instrumentos de controle do trabalho profissional, analisaremos a seguir como estes instrumentos estão presentes nos hospitais pesquisados.

#### **Definição da missão e dos objetivos do hospital (questões 27 a 30)**

Entre os hospitais de alta complexidade H6, H5 e H7, componentes do primeiro grupo, todos possuem missão e objetivos definidos. O mesmo ocorre com os hospitais de média complexidade componentes do segundo grupo, H2 e H4; apenas os hospitais H1 e H3, componentes, do terceiro grupo não possuem missão e objetivos definidos.

### **Composição do grupo e lealdade da enfermagem (questões 31 a 33)**

De uma maneira geral os grupos de enfermagem nos hospitais pesquisados possuem a mesma composição, com enfermeiros (formação superior), técnicos e auxiliares de enfermagem (formação de 2º Grau), sendo praticamente extintos os atendentes de enfermagem (formação de 1º grau) que, quando permanecem no hospital, não ocupam funções de assistência. A pesquisa constatou que o hospital H7 é o mais adiantado na substituição dos auxiliares por técnicos de enfermagem, próximo grupo a ser extinto.

Quanto à máxima posição hierárquica ocupada pelo gerente do grupo de enfermagem, a pesquisa encontrou nos hospitais H4, H6 e H7 a função de Diretor de Enfermagem, lado a lado com as diretorias de Administração e Clínica, subordinados diretamente ao Diretor Geral ou Superintendente.

Conforme revisão bibliográfica, quanto mais próximo do ápice estratégico estiver o representante máximo da enfermagem, maiores são as possibilidades de aliança deste grupo com os gestores, visando os objetivos do estratégicos do hospital. Desta forma, os hospitais H4, H6 e H7 podem garantir uma maior possibilidade de controle profissional.

A quantidade de níveis hierárquicos encontrados foi de 3 níveis nos hospitais H6 e H7 com Diretor, Chefe de Unidade e Supervisor de Setor. Os demais hospitais apresentaram apenas 2 níveis sendo que no H4, abaixo do Diretor de Enfermagem estão ligados os supervisores de setor. Situação semelhante a dos hospitais H1, H2, H3 e H5 onde, abaixo do Chefe geral de Enfermagem, vêm os supervisores de setor.

As respostas à questão sobre a lealdade do grupo de enfermagem

apontaram para uma maior lealdade com os pacientes, presente em cinco hospitais. Apenas nos hospitais H6 e H5 a lealdade deste grupo está para com o próprio grupo. Coincidentemente, como visto anteriormente, estes hospitais apresentaram os indicadores mais altos de Enfermeiros por leito e Funcionários de Enfermagem por leito, respectivamente, o que sugere a presença de características corporativas na enfermagem destes hospitais.

### **Organização do corpo clínico (questões 34 a 43)**

A organização do Corpo Clínico, expressa através do Regimento Interno do Corpo Clínico de cada Hospital, pode abranger todos os profissionais relacionados à assistência ou apenas os médicos.

Nos hospitais pesquisados, apenas o H6 possui regimento interno, que organiza as atividades dos diversos grupos profissionais. Os regimentos dos demais hospitais organizam apenas o grupo médico. Em função disto, apenas o regimento do hospital H6 apresenta chefes por áreas profissionais e por especialidades, o que favorece a organização dos demais grupos profissionais, submetendo-os a regras explícitas do Regimento e ajudando no controle de suas atividades profissionais.

Os regimentos dos hospitais H2, H3, H5 e H7 apresentam chefes por especialidades e os regimentos dos hospitais H1 e H4 não apresentam chefias por especialidades.

Quanto à presença regimental de diretores clínicos e técnicos, conforme normalização do CFM, apenas os hospitais H2, H3, H6 e H5 prevêm em seus regimentos os dois diretores. Os regimentos dos hospitais H1, H4 e H7

prevêem apenas Diretores Clínicos.

A elaboração do Regimento Interno foi realizada pelos próprios médicos nos hospitais H1, H5 e H4; pelos administradores com a participação de representantes do grupo de médicos nos hospitais H2, H3 e H6; e através de contratação de consultoria externa no hospital H7.

Esta elaboração contou com a supervisão de advogado nos hospitais H2, H3, H6, H5 e H7.

O ingresso no corpo clínico dos hospitais H1, H2 e H7 pode ocorrer por busca direta do profissional ao hospital, por indicação de outros médicos, pelo ingresso em um grupo de médicos, que já atue no hospital ou por recrutamento conforme as necessidades do hospital. No hospital H5 todas estas modalidades ocorrem, com exceção do recrutamento conforme as necessidades do hospital. No hospital H3 o ingresso ocorre exclusivamente por indicação de outros médicos.

Nos hospitais públicos H4 e H6, o ingresso ocorre por recrutamento conforme as necessidades do hospital, preferencialmente obedecendo a concurso público ou processo seletivo. Apenas em casos de emergência ingressam profissionais sem obedecer a estes requisitos.

O respondente participa no processo de ingresso de médicos no corpo clínico dando a palavra final nos hospitais H1, H4 e H6, é apenas ouvido nos hospitais H2 e H7, é apenas informado no hospital H5 e às vezes nem é nem informado H3.

As regras de desligamento de profissionais do corpo clínico existem e são aplicadas nos hospitais H2, H3, H5 e H7; nos hospitais H4 e H6 existem, mas raramente são aplicadas. Como estes hospitais são públicos, elas seguem o estatuto do servidor público. Não existem regras de desligamento no hospital H1.

O monitoramento de indicadores de produtividade ou qualidade do trabalho individual dos médicos é realizado por todos os hospitais pesquisados de forma diferenciada, exceto pelo hospital H1, que não monitora nenhum indicador. O hospital H2 monitora faturamento e quantidade de internações; o hospital H3 monitora indicadores de infecção hospitalar, faturamento e quantidade de internações; o hospital H6 monitora quantidade de internações; o hospital H5 monitora indicadores de infecção hospitalar e está discutindo a possibilidade de monitorar quantidade de internações; o hospital H4 monitora quantidade de internações; e o hospital H7 monitora indicadores de infecção hospitalar e quantidade de internações

Apenas o hospital H6 divulga externamente os dados obtidos com o monitoramento das atividades dos médicos, realizando isto de forma agregada; os hospitais H3 e H5 divulgam estes dados apenas internamente; os demais não fazem qualquer divulgação.

Parece relevante, no conjunto das informações analisadas sobre a organização do corpo clínico, a situação do hospital H5, de alta complexidade e grande presença profissional, que teve o Regimento Interno do Corpo Clínico elaborado pelos próprios, que adotam critérios de ingresso que não contemplam necessariamente as necessidades do hospital e excluem o gestor do processo sendo este apenas informado.

#### **Presença de comissões (questão 44)**

Quanto à existência das comissões, todos os hospitais responderam terem constituídas as comissões obrigatórias de Ética e Controle de Infecção

Hospitalar.

Quanto ao funcionamento destas comissões, de constituição obrigatória, apenas o hospital H1 respondeu que sua Comissão de Ética não estava funcionando.

É importante lembrar que a Comissão de Controle de Infecção é de composição multidisciplinar, enquanto a Comissão de Ética, de constituição obrigatória, é formada exclusivamente por médicos.

O Quadro 11 apresenta um resumo sobre as comissões existentes em cada hospital e o estágio em se encontram.

### Quadro 11 - Presença e funcionamento das comissões nos hospitais pesquisados

HOSPITAIS	CONSTITUÍDA	FUNCIONANDO	EM IMPLANTAÇÃO
H1	ÉTICA	CCIH	
H2		Ética CCIH Cadastramento Médico Revisão de Prontuário Revisão de Óbitos Padroniz. de Mat. e Méd. Controle de Custos	Humanização
H3		ÉTICA CCIH Cadastramento Médico Padroniz. de Mat. e Méd.	Hospital Amigo da Criança
H4		Ética CCIH Protocolos clínicos	Controle de Custos Humanização
H5	Revisão de Prontuário Comissão de Revisão de Óbitos Padroniz. de Mat. e Méd. Ética em Pesquisa	Ética CCIH Controle de Custos Acreditação Humanização Desenvolvimento profissional	
H6	Comissão de Revisão de Óbitos Comissão de Protocolos Clínicos	ÉTICA CCIH Controle Qualidade Revisão de Prontuário Padroniz. de Mat. e Méd. Controle de Custos Humanização Bioética Ética em Pesquisa Pesquisa Clínica Planejamento Hospitalar	
H7		Ética CCIH Cadastramento Médico Padronização de Materiais Padronização de Medicamentos Humanização Bioética Educação em Serviço Ensino Médico Residência Médica Suporte Nutricional Auditoria de Prontuários Ética em Enfermagem	Revisão de Óbitos Protocolos Clínicos Qualidade Padronização de processos

FONTE: A própria autora

O número maior de comissões em funcionamento aparece nos hospitais de alta complexidade, H7 e H6, com 13 e 11 comissões, respectivamente. A seguir, com 6 comissões cada um, encontram-se os hospitais H5 e H2. Os hospitais H3 e H4, de média complexidade, possuem em funcionamento 4 e 3 comissões respectivamente, enquanto o Hospital 1, único privado do grupo, possui

apenas 1 comissão em funcionamento.

A presença das comissões confirma os grupos formados na fase anterior da análise dos dados da pesquisa, com os hospitais de alta complexidade e maior grau de profissionalização se destacando também no controle dos profissionais através da constituição de comissões.

### **Sobre o gerenciamento por resultados ou *outputs* (questões 45 a 52)**

Na questão 45 foi solicitado que os respondentes fornecessem informações, de memória, sobre alguns indicadores de seus hospitais. Todos os respondentes forneceram as informações solicitadas, que serão analisadas quando da caracterização dos respondentes, no tópico saber-fazer cognitivo.

No que tange à caracterização dos hospitais, o gerenciamento por *outputs* ocorre, de maneira geral, de forma compulsória, através do fornecimento de dados estatísticos aos órgãos de Vigilância Sanitária e do fornecimento de dados para pesquisa, pelos hospitais H6, H5 e H7 de alta complexidade. Além disto, o hospital H7 fornece dados para o IPASS - Instituto Paranaense de Serviços de Saúde que monitora, periodicamente, indicadores de qualidade.

Estes dados são obtidos através de Sistemas de Informações Gerenciais, desenvolvidos especificamente para hospitais, sem customização dos relatórios fornecidos, e sem sofrer críticas uma vez que nenhum dos hospitais possui profissional de estatística em seu quadro funcional.

As demais informações obtidas pela pesquisa serão utilizadas na próxima seção, que buscará caracterizar os respondentes através da forma como utilizam estes recursos.

### **Terceirização de serviços de apoio e diagnóstico (questões 53 a 62)**

Todos os hospitais terceirizam apenas serviços de diagnóstico. Estes serviços são oferecidos por empresas ou profissionais da área de diagnóstico médico.

Nos hospitais H1, H2, H3, H6, e H7 alguns destes serviços estão localizados internamente aos hospitais e outros são serviços externos. O hospital H5 possui apenas serviços terceirizados localizados internamente ao hospital. O hospital H4 possui apenas serviços terceirizados localizados externamente aos hospitais.

Todas as relações de terceirização são documentadas por contrato, sendo que nos hospitais H2, H6, H5 e H7 estes contratos foram elaborados pelo próprio hospital com a supervisão de advogado. Os hospitais H1 e H4 utilizam contratos padrão dos próprios terceiros, e o hospital H3 não soube informar.

Todos os hospitais monitoram a execução dos contratos quanto à produtividade. Os preços são monitorados pelos hospitais H1, H3, H5, H4 e H7, já a qualidade é monitorada apenas pelos hospitais H5 e H7.

O maior cuidado demonstrado na elaboração e no monitoramento dos contratos principalmente pelos hospitais H2, H6, H5 e H7, no caso da terceirização de serviços de diagnóstico, pode ser considerado como um indicador de controle do trabalho profissional.

### **Sobre a estrutura dos hospitais (questões 63 a 67)**

Quanto ao Ápice Estratégico, os gestores dos hospitais filantrópicos H2, H3, H5 e H7 se reportam aos conselhos das entidades mantenedoras, que por sua vez se reportam à assembléia de sócios destas entidades.

O gestor do hospital H6 se reporta ao conselho diretor do hospital, que por sua vez se reporta ao conselho da universidade a qual é vinculado. O gestor do H4 se reporta ao Chefe da 17<sup>o</sup> Regional de Saúde do Estado e o gestor do hospital H1 não se reporta a ninguém uma vez que é o proprietário do hospital.

No hospital H1 o gestor divide as responsabilidades com seu sócio, o diretor clínico, constituindo, ainda que informalmente, uma comissão executiva.

No hospital H5 o gestor não está sozinho em seu nível hierárquico, dividindo as responsabilidades gerais da instituição com os gerentes financeiro e técnico que formam um comitê gestor.

Nos demais hospitais, os gestores estão sozinhos em sua posição hierárquica. Alguns participam de comissões executivas informais, como é o caso do conselho consultivo onde participam os gerentes de administração, enfermagem, técnico e clínico do hospital H2 ou o conselho técnico informal onde participam os gerentes de enfermagem, técnico e o diretor clínico do hospital H3, ou o conselho técnico informal onde participam os gerentes de enfermagem administração e clínico do hospital H6.

Quando perguntados sobre como o Ápice Estratégico se renova, o hospital H1 respondeu que não se renova. Os hospitais H2, H3, H6, H5 e H7 responderam que por eleições. O hospital H4 respondeu que por indicação política.

A sociedade exerce controle social efetivo apenas sobre os hospitais

públicos, H4 e H6. O controle social é exercido sobre o hospital H6 através de representantes da sociedade presentes no conselho da universidade, pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde. No hospital H4, este controle é exercido pelos conselhos locais de saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde.

Nos hospitais H2 e H7 (filantrópicos), este controle social acontece pela presença de membros da comunidade, associados destas entidades, na assembléia geral e nos conselhos das mesmas. A publicação de prestação de contas foi referida, pelo hospital H7, como forma de controle social.

Os demais hospitais filantrópicos H3 e H5, bem como o hospital H1, privado, responderam que a sociedade não exerce nenhum controle social sobre eles.

O hospital H1 é o que apresenta a estrutura mais simples dentre os hospitais pesquisados, com apenas 2 níveis hierárquicos. O primeiro constituído pelos sócios, que são ao mesmo tempo os diretores geral e clínico e formam uma comissão executiva informal, e o segundo pelos gerentes de área, que são ao mesmo tempo supervisores das unidades funcionais.

Os hospitais H2 e H3 apresentam 5 níveis hierárquicos. O primeiro constituído pelos associados e conselheiros das entidades mantenedoras, o segundo pela provedoria (H2) e pela presidência (H3) (funções não remuneradas), o terceiro pelos diretores gerais, o quarto pelos diretores de área e o quinto pelos supervisores das unidades funcionais.

O hospital H6 apresenta 6 níveis hierárquicos. O primeiro constituído pelos conselheiros da entidade mantenedora, o segundo pelo Reitor, o terceiro pelo diretor geral, o quarto pelos diretores de área, o quinto pelos gerentes de grupos de

unidades funcionais e o sexto pelos supervisores destas unidades.

O hospital H5 apresenta 5 níveis hierárquicos. O primeiro constituído pelos associados e conselheiros da entidade mantenedora, o segundo pela presidência (funções não remuneradas), o terceiro pelo comitê gestor composto por 3 diretores de área, o quarto pelos gerentes de área e o quinto pelos supervisores das unidades funcionais.

O hospital H4 apresenta 4 níveis hierárquicos. O primeiro constituído pela mantenedora, o segundo pelo diretor geral, o terceiro pelos diretores de área e o quarto pelos supervisores das unidades funcionais.

O hospital H7 apresenta 4 níveis hierárquicos. O primeiro constituído pelos associados e conselheiros da entidade mantenedora, (funções não remuneradas), o segundo pela superintendência, o terceiro pelos gerentes de área e gerentes de unidades autônomas, numa configuração matricial, e o quarto pelos supervisores de unidades funcionais.

#### **8.1.4 Quanto ao atendimento do objetivo específico nº 4 do presente estudo**

Atendendo ao objetivo específico 4 do presente estudo, os dados obtidos, tabulados e analisados permitiram **caracterizar os hospitais** estudados:

Dos hospitais do **Primeiro Grupo**, de alta complexidade, o **hospital H6** destacou-se pela forte presença profissional e o grande contingente de funcionários de apoio, coerentes com suas características educacionais. Este hospital demonstrou possuir instrumentos gerenciais de controle do trabalho profissional, contando com a presença da enfermagem no **Ápice Estratégico**, o que

deve ajudar a controlar a tendência corporativista do grupo. Constituindo, assim, uma organização profissional, onde o gestor dispõe dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional. Tem importância estratégica.

No mesmo grupo, o **hospital H7** apresentou, através do conjunto de indicadores, uma forte presença profissional equilibrada com uma forte profissionalização da gestão. Possuindo o maior conjunto de instrumentos gerenciais de controle do trabalho profissional de todos os hospitais pesquisados, materializado estruturalmente através da adoção de organograma matricial. Este hospital pode ser considerado uma organização profissional onde o gestor dispõe dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

Ainda no **Primeiro Grupo**, o **hospital H5**, apresentou forte presença profissional, em desequilíbrio com a profissionalização da gestão com fortes indícios de corporativismos nos grupos de enfermagem e médicos. Este aspecto foi demonstrado na enfermagem pelos indicadores de recursos humanos deste grupo, pela lealdade ao mesmo, aspecto que tende a ser reforçado pela ausência do grupo nos níveis hierárquicos mais altos da organização. Quanto ao grupo médico, esta situação ficou demonstrada pelos vários aspectos da organização do corpo clínico. A combinação de dois grandes grupos profissionais com características corporativistas com a baixa utilização dos instrumentos de gestão, necessários ao controle do trabalho profissional, configura um forte desequilíbrio que pode comprometer o funcionamento do hospital. Este hospital, embora possa ser considerado uma organização profissional, não disponibiliza para o gestor os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

No **Segundo Grupo**, destaca-se o **hospital H2**. Este hospital e seu companheiro de grupo, o hospital H4, apresentou um grau de profissionalização

compatível com a situação de média complexidade de ambos; entretanto, o hospital H2 possui um conjunto de recursos gerenciais de controle do trabalho profissional completo, superior inclusive ao do hospital H5 de alta complexidade, podendo ser considerado uma organização profissional onde o gestor dispõe dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional

O **hospital H4**, público, de média complexidade, apresenta grau de profissionalização semelhante ao do hospital H2, dispondo, porém de um conjunto menor de recursos de controle do trabalho profissional. O Regimento Interno do corpo clínico é mais simples e foi elaborado pelos médicos, o que pode ser minimizado pela rotina estatutária de ingresso e o vínculo empregatício destes profissionais. O número de comissões em funcionamento é semelhante ao do hospital H3 do Terceiro Grupo. Este hospital pode ser considerado uma organização profissional onde o gestor não dispõe de todos os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

No **Terceiro Grupo**, o **hospital H3** apresenta os menores indicadores de recursos humanos, de profissionais de assistência e de profissionais de gestão de todos os hospitais pesquisados. Indicando, também, o menor grau de profissionalização verificado pela pesquisa. Apresenta o segundo menor conjunto de recursos gerenciais de controle do trabalho profissional, melhor apenas que o do hospital H1. Contrastando com estes indicadores, o número de funcionários de gestão e apoio, contribui para o equilíbrio entre os grupos assistencial e de gestão e apoio. Este conjunto de dados leva a crer que o hospital H3 encontra-se em transição quanto a sua configuração estrutural. Assumindo, assim, aspectos de uma organização profissional, enquanto permanecem traços da configuração maquinal, comuns às organizações filantrópicas.

A informação dada sobre a estrutura foi decisiva para esclarecer sobre o caráter profissional do **hospital H1**. Confirmando tendências observadas nos itens anteriores, este hospital não pode ser considerado uma organização profissional. Com dois proprietários, ambos médicos, e apenas 2 níveis hierárquicos, sua estrutura se assemelha ao de uma organização empreendedora, conforme a definição Mintzberg (2001). Esta constatação minimiza as deficiências observadas com relação ao controle do trabalho profissional uma vez que os sócios, enquanto proprietários e enquanto profissionais, dominam o **Ápice Estratégico** da empresa.

## **8.2 OS GESTORES HOSPITALARES DA REGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Esta seção tem por objetivo analisar as informações obtidas através da pesquisa, que ajudam a caracterizar os gestores hospitalares, que atuam nos hospitais da região norte do Paraná

Após uma breve apresentação dos respondentes, serão analisados os **modos de aquisição** dos saberes necessários para que estes gestores possam cumprir os seus papéis de administradores de profissionais. Simultaneamente, buscar-se-á perceber **manifestações destes saberes** através da comparação com as características observadas nos hospitais pesquisados e da análise de consistência de algumas das respostas fornecidas pelos gestores à pesquisa.

O processo de análise buscará, sempre que possível, **correlacionar estes saberes aos papéis** do administrador de profissionais de organizações hospitalares definidos pela revisão bibliográfica e resumidos no Quadro 07 - Recursos Pessoais apresentado no final da revisão bibliográfica.

### **8.2.1 Apresentação dos respondentes (questões 6 a 23)**

Ao todo foram entrevistados 7 gestores hospitalares, sendo 3 mulheres e 4 homens, com idade média de 50 anos, tendo o mais velho 60 anos e o mais novo 42 anos.

Todos os entrevistados possuem curso de graduação, sendo que as 3 mulheres possuem cursos da área de humanidades (estudos sociais, sociologia e letras) e os 4 homens possuem cursos de medicina.

Todos cursaram especializações *lato sensu*, sendo que 5 na área de Administração Hospitalar e 2 ligados às áreas médicas. Com exceção de 1, todos fizeram outros cursos de pós-graduação, em áreas administrativas ou médicas, e 2 têm mestrado em áreas médicas.

De um modo geral tem elevado tempo de trabalho, iniciaram a vida profissional em funções operacionais, trabalharam em média 32,86 anos em 4,71 empresas. A experiência profissional junto a hospitais foi de 24,14 anos em média trabalhados em 2,43 hospitais. De um modo geral, os homens fizeram carreiras de representação profissional (médicos) e as mulheres fizeram carreiras administrativas dentro dos hospitais. Estas carreiras serão analisadas de forma mais detalhada na próxima seção.

### **8.2.2 Modos de aquisição dos saberes e suas manifestações**

Os modos de aquisição dos saberes foram pesquisados nas modalidades de educação formal e educação formal contínua, questões de 6 a 10, e experiência profissional questões de 11 a 23.

Os modos de manifestação dos saberes foram pesquisados, através do conjunto das respostas às questões do instrumento e analisados através de correlações entre questões complementares.

Para efeito de apresentação dos resultados da pesquisa, tanto os modos de aquisição como os modos de manifestação foram organizados de acordo com a natureza dos saberes, buscando compreender como se relacionam com os papéis do administrador de profissionais, de acordo com a organização proposta através do Quadro 07 - Recursos Pessoais, apresentado ao final da revisão bibliográfica.

### **Saberes teóricos**

Conforme revisão bibliográfica são saberes adquiridos pela **Educação Formal e Formal Contínua**, se manifestam de forma declarativa, ajudam na compreensão dos problemas, estão relacionados aos **Papéis Informacionais** do administrador de profissionais e foram pesquisados, através das questões 6 a 10, com destaque para matemática, estatística, contabilidade e finanças e saberes administrativos tradicionais.

O descritor desses saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais, é matemática, estatística, contabilidade, finanças além dos saberes administrativos tradicionais.

A primeira constatação da pesquisa foi que nenhum dos respondentes é graduado em administração, o que pode ser considerado desfavorável ao desempenho dos papéis, que exigem os saberes administrativos tradicionais.

Os respondentes dos hospitais H2, H3 e H5, do sexo feminino, cursaram graduação na área de humanidades concomitante com a carreira no hospital, enquanto os respondentes dos demais hospitais, do sexo masculino, cursaram medicina antes de iniciarem qualquer trabalho em hospitais.

Os respondentes dos hospitais H2, H3, H5, H4 e H7 possuem cursos de pós graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar, o que demonstra uma busca por suprir a ausência de saberes de administração.

A busca por saberes administrativos tradicionais fica clara quanto aos respondentes dos hospitais H2 e H3, que realizaram além do curso de especialização em administração hospitalar mais dois cursos, cada um, em áreas específicas da administração: Administração e Marketing, Administração de Recursos Humanos, Gestão de Recursos Humanos e Marketing Interno e Logística Comportamental das Organizações.

A manifestação destes saberes será analisada, através das respostas às questões relativas ao saber-fazer operacional, que investigam as manifestações dos saberes.

### **Saberes do meio**

Conforme revisão bibliográfica, são saberes adquiridos pela **Formação contínua e Experiência profissional**, se manifestam de forma declarativa, ajudam o gestor a adaptar-se, a agir conforme as situações, estão relacionados aos Papéis Decisionais do administrador de profissionais e foram pesquisados através das questões **8 a 23 e 72 a 77**.

O descritor destes saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais,

é conhecer a cultura organizacional e a realidade do meio hospitalar.

A busca por cursos de pós-graduação na área de administração hospitalar, concomitante a carreira profissional de gestor, pode revelar uma procura do gestor por saberes do meio, que viriam organizar os conhecimentos empíricos adquiridos pela experiência profissional.

A análise da experiência profissional dos respondentes mostrou um elevado tempo de preparação do gestor, em média 24 anos de trabalho em hospitais (H1, H4, H5, H6), com um máximo de 32 anos (respondentes H2 e H7) e um mínimo de 11 anos (respondente H3).

Considerando que os gestores estão em média há 6 anos nas funções atuais, com um máximo de 19 anos (H1) e um mínimo 4 meses (H4), podemos afirmar que o tempo médio de preparação para a função atual foi de 18 anos, com máximo de 30 (H2) e mínimo de 5 anos (H1).

Esta preparação ocorreu através de carreiras administrativas com o ingresso nos hospitais em funções operacionais da área administrativa (respondentes H2, H3 e H5) ou de carreiras profissionais no caso dos médicos.

Os respondentes trabalharam em média em 2 hospitais, sendo que os dos hospitais H2 e H5 trabalharam em apenas 1 hospital, e o respondente do H6 trabalhou em 6 hospitais.

Todos trabalharam em outras atividades antes do ingresso em organizações hospitalares; a média de tempo de trabalho dos respondentes é de 32,86 anos, com tempo máximo de 40 anos (respondente H1) e mínimo de 25 anos (respondente H3).

O respondente do hospital H1 chegou ao cargo atual por vínculo de propriedade, quando da aquisição do hospital pesquisado em 1986. Os

respondentes dos hospitais H2 e H5 chegaram ao cargo atual de gestor através de carreiras administrativas, enquanto o respondente do hospital H3, que era funcionário administrativo em outro hospital, passou por processo de seleção para chegar ao cargo atual. Os respondentes dos hospitais H4 e H6 chegaram ao cargo por escolhas políticas, o primeiro através de eleição e o segundo através de indicação, enquanto o respondente do hospital H7 chegou ao cargo atual através de carreira profissional no hospital pesquisado como chefe de sua especialidade e diretor clínico.

A manifestação dos saberes do meio (hospitalar) pelos respondentes foi investigada através das respostas dadas às questões **72 a 77**, que foram formuladas com base nos temas discutidos na revisão bibliográfica: a evolução do financiamento da saúde no Brasil (questões 72 e 73) e suas conseqüências nos hospitais pesquisados (questão 75); a atuação da vigilância sanitária (questão 74) e os novos entrantes do setor (questões 76 e 77).

A distribuição dos recursos per capita do SUS foi identificada pela maioria dos gestores (H1, H2, H3 e H5) como uma desculpa do governo para pagar cada vez menos aos hospitais. Para os respondentes dos hospitais H6 e H7, é necessário fazer uma seleção das áreas de especialidade para a atuação dos hospitais. Apenas o respondente do hospital H4 escolheu a opção que se referia a escolha de uma região de abrangência, princípio fundamental na distribuição dos recursos per capita do SUS.

As reclamações em relação à política de financiamento da saúde do governo, “o discurso da escassez”, apareceram de forma bastante clara e unânime na resposta dada à questão 75. Todos os respondentes se identificaram com a afirmação *“quando a inflação foi controlada, tivemos um momento de estabilidade,*

*agora a situação esta difícil de novo, não importa o investimento que o hospital faça a situação financeira é sempre difícil”.*

A questão relacionada à organização do SSS (Sistema de Saúde Suplementar) gerou polêmica junto aos respondentes. Alguns tiveram dificuldades em escolher uma das opções levando a crer que a questão estivesse mal formulada.

Quando da entrevista com o respondente do hospital H7 a polêmica ficou esclarecida. A forma como as questões estavam formuladas partia do princípio que o SSS já estava plenamente estruturado, fato que não corresponde à realidade. Segundo aquele respondente, como as diretrizes que devem nortear o sistema ainda estão em fase de implantação e vem sofrendo diversos questionamentos por parte das operadoras, as afirmações correspondentes a esta questão ficaram prejudicadas e a questão foi anulada.

O episódio foi interessante, pois demonstrou a dinâmica e a força do setor. De um lado a revisão bibliográfica encontrou toda uma regulamentação do setor, de outro a pesquisa de campo encontrou uma forte resistência a esta regulamentação.

A atuação da Vigilância Sanitária junto aos hospitais foi considerada positiva pela maioria absoluta dos respondentes, para surpresa desta pesquisadora, uma vez que é discurso corrente que o “governo paga mal e só exige”. Talvez a posição dos respondentes reflita um amadurecimento na compreensão da importância estratégica da qualidade da assistência, fundamental à finalidade terapêutica do hospital.

Quanto aos novos entrantes no setor, que confirmam a tendência de deshospitalização, o atendimento domiciliar (questão 76) e o hospital dia cirúrgico (questão 77) os respondentes não demonstraram grandes preocupações, apenas

modos diferentes para lidar com o problema.

Quanto ao atendimento domiciliar, os respondentes ficaram divididos entre duas afirmações:

a) o atendimento domiciliar não retira pacientes do hospital, não acho que represente um futuro problema. (H1, H2, H4 e H6).

Esta parece uma escolha adequada tanto para os hospitais públicos (H4 e H6), que se beneficiam com uma menor permanência dos pacientes SUS, quanto para os hospitais de média complexidade (H1 e H2), cujos pacientes têm perfil diferente daqueles recomendados para de este tipo de atendimento;

d) a introdução do atendimento domiciliar está retirando pacientes dos hospitais, deste jeito no futuro sobrarão para os hospitais somente os pacientes mais graves, é neles que temos que investir. (H3, H5 e H7).

A resposta parece inadequada ao hospital H3, que apresenta condições semelhantes aos hospitais H1 e H2, que optaram pela afirmativa anterior (a). Entretanto, parece adequada aos demais hospitais de alta complexidade, que se beneficiam duplamente deste novo entrante, primeiro pela redução do tempo de permanência dos pacientes de reabilitação e FPT (fora de possibilidade terapêutica), que não proporcionam maiores ganhos financeiros para hospital, segundo, por demonstrar coerência com a finalidade terapêutica de alta complexidade destes hospitais.

Quanto ao hospital dia cirúrgico ou serviços autônomos de cirurgia, os respondentes ficaram divididos entre três afirmações:

b) a abertura de diversos serviços autônomos de cirurgia (clínicas e hospitais dia) está retirando pacientes dos hospitais, no futuro sobrarão para os hospitais somente os pacientes mais graves, por isso estamos investindo em UTI e Pronto Socorro. (H2).

A resposta parece adequada a este hospital, especialmente se considerado seu histórico de investimentos, que deixa claro sua intenção de tornar-se, a longo prazo, um hospital de alta de complexidade e, portanto, dedicado a cirurgias de grande porte, que não podem ser realizadas em serviços autônomos.

c) a abertura de diversos serviços autônomos de cirurgia (clínicas e hospitais dia) está retirando pacientes dos hospitais, com o passar do tempo, os donos destas unidades vão se dar conta dos custos de manter estes serviços e devem retornar aos hospitais. (H3).

Esta afirmativa, embora possa ser verdadeira para algumas especialidades médicas, tem se mostrado falsa pelo sucesso de alguns serviços autônomos de cirurgia, com notória vocação ambulatorial, como os de oftalmologia e otorrinolaringologia. A falta de preocupação ou de uma posição mais clara sobre o assunto, abre espaço para avaliações equivocadas dos riscos deste entrante para um hospital de média complexidade como o hospital H3.

d) a abertura de diversos serviços autônomos de cirurgia (clínicas e hospitais dia) está retirando pacientes dos hospitais, para manter estes pacientes temos que melhorar as condições para a realização de procedimentos cirúrgicos rápidos no hospital. (H1, H5, H4 e H7).

A afirmativa é absolutamente correta, se os hospitais oferecessem condições adequadas à realização de procedimentos cirúrgicos rápidos, com certeza desestimulariam a implantação de serviços autônomos de cirurgia. O interesse demonstrado por cirurgias rápidas, mesmo por hospitais de alta de complexidade (H5 e H7), está relacionado ao baixo risco e a alta rentabilidade proporcionada pelas

mesmas. Entretanto, a experiência empírica tem demonstrado, que os pacientes preferem fazer cirurgias rápidas em unidades menos complexas, o que torna esta resposta mais adequada a um hospital de média complexidade como o H1.

O gestor do hospital H6 não respondeu a questão argumentando que, sendo um hospital escola, nem compete, nem se beneficia da presença deste novo entrante.

### **Saberes procedurais**

Conforme revisão bibliográfica, são saberes adquiridos pela **Educação Formal e Formal Contínua**, se manifestam de forma declarativa e procedural e ajudam o gestor a proceder. Estão relacionados aos Papéis Informacionais do administrador de profissionais. Foram pesquisados, através das **questões 27 a 30 e 46 a 62**, que se referem ao conhecimento pelos respondentes da definição da missão e dos objetivos da organização hospitalar, dos recursos de informação, indispensáveis ao gerenciamento por *outputs* e da terceirização de serviços.

O descritor desses saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais, é conhecer as metodologias ligadas à administração hospitalar em especial o gerenciamento por *outputs* (apuração de custos e de indicadores).

Quanto ao conhecimento da definição da missão e dos objetivos para a organização hospitalar, como fator importante no estabelecimento da ordem negociada nos hospitais (questões de 27 a 30), apenas os respondentes dos hospitais H1 e H3 não demonstraram conhecer a importância deste recurso.

Quando perguntados sobre a periodicidade com que monitoram os

indicadores hospitalares (*outputs*), apenas o gestor do hospital H3 respondeu que quinzenalmente; os gestores dos hospitais H1, H2, H6 e H7 monitoram os indicadores mensalmente; o gestor do hospital H4 semestralmente; e o gestor do hospital H5 raramente acompanha.

Os gestores dos hospitais H2, H3, H6 e H7 monitoram todos os indicadores econômicos perguntados, com exceção do hospital H6, que não monitora um indicador que não se aplica ao mesmo.

A taxa de ocupação de centro cirúrgico é monitorada pelos hospitais H1, H2, H3, H4 e H7, preocupação, que pode demonstrar a importância estratégica desta unidade funcional para estas organizações.

A taxa de ocupação da internação é monitorada pelos hospitais H2, H3, H4, H6 e H7. Este indicador é uma tradição para os hospitais, causando estranhamento o fato dos hospitais H1 e H5 não fazer este monitoramento.

Os gestores dos hospitais H2, H6, H5 e H7 (ocasionalmente) monitoram os indicadores relacionados à satisfação dos usuários.

O conjunto das respostas de gerenciamento por *outputs* mostra um maior conhecimento e percepção da importância destes instrumentos pelos respondentes dos hospitais H2, H3, H6 e H7; o respondente do hospital H4 conhece, mas não deu mostra de utilização regular dos mesmos, enquanto os respondentes dos hospitais H1 e H5 praticamente desconhecem este assunto.

Quanto ao conhecimento dos respondentes sobre terceirização de serviços (53 a 62), as decisões por terceirizar serviços mostraram que isto não aconteceu como uma opção à diversificação, expressa na transferência intencional, para outros executores *das atividades não diretamente ligadas a missão da organização (atividade-meio), tendo como objetivo, concentrar-se nas atividades*

*diretamente ligadas com a sua missão (atividade-fim)* (Duarte, 1998, p.16). Mas sim pela falta de recursos para investimentos em um serviço próprio (hospitais H2, H3, H5, H4 e H7), pelo custo do operador de raios x (hospital H1), pela baixa remuneração dos profissionais, que dificulta a contratação (hospital H6) e pela falta de profissionais para prestar os serviços (hospital H7).

### **Saber-fazer operacional**

Conforme revisão bibliográfica, são saberes adquiridos pela **Experiência Profissional**, se manifestam de forma procedural, ajudam o gestor a proceder e operar, estão relacionados aos **Papéis Decisionais e Informacionais** do administrador de profissionais e foram pesquisados através das questões 27 a 30, 42 a 62 e 72 a 77 (decisionais) 13 a 22 (informacionais).

O descritor desses saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais, é saber utilizar métodos e instrumentos de gestão hospitalar, rapidez de resposta através de saber contextualizado e contingente, utilizar os saberes e a experiência para negociar, convencer, separar o acessório do essencial e voltar atrás quando necessário.

Os conhecimentos necessários ao saber-fazer operacional já foram analisados anteriormente. São eles a missão e os objetivos do hospital (27 a 30), o monitoramento dos indicadores médicos (42 e 43), o gerenciamento por *outputs* (42, 43 e 45 a 52) e a terceirização (53 a 62), analisados no tópico relativo ao saber-procedural, a presença das comissões (44) analisada em tópico específico da seção de caracterização dos hospitais e o conhecimento do meio hospitalar (72 a 77), analisado no tópico saberes do meio.

Trata-se agora de buscar entender se, além de conhecer estes elementos, os respondentes deram mostras de utilizá-los, tanto no cumprimento de papéis informacionais quanto no dos papéis decisoriais.

Os gestores dos hospitais H4, H6 e H7, além de conhecer a importância da missão e dos objetivos, deram mostras de utilizá-la, através da divulgação pública da mesma.

A periodicidade com que monitoram indicadores financeiros e de produtividade mostrou uma maior utilização destes recursos pelos respondentes dos hospitais H3 (quinzenalmente), H1, H2, H6 e H7 (mensalmente).

A preocupação em monitorar a taxa de ocupação de centro cirúrgico, demonstrada pelos respondentes dos hospitais H1, H2, H3, H4 e H7, é um indicador de uso efetivo destas informações, uma vez que implica na constatação da relevância estratégica da produtividade desta unidade funcional para estas organizações.

A preocupação em monitorar a taxa de ocupação da internação, demonstrada pelos respondentes dos hospitais H2, H3, H4, H6 e H7, confirma a tradição presente, entre os gestores hospitalares, de monitorar a produtividade geral do hospital por este indicador, causando estranhamento o fato dos respondentes dos hospitais H1 e H5 não o fazerem.

A preocupação em monitorar a satisfação dos usuários, demonstrada pelos respondentes dos hospitais H2, H6 e H5 revela que este assunto ainda não sensibiliza o conjunto dos respondentes.

A preocupação com o gerenciamento por *outputs*, demonstrada pelos respondentes dos hospitais H2, H3, H6 e H7, revela que este é um assunto que não sensibiliza ainda o conjunto dos respondentes. Os respondentes dos hospitais H1 e

H5 praticamente desconhecem o assunto.

Nenhum dos respondentes deu mostras de utilizar conhecimentos mais elaborados sobre a terceirização de serviços na sua rotina de decisões, limitando-se a monitorar indicadores de preço, produtividade e qualidade. Os gestores mostraram-se satisfeitos ou parcialmente satisfeitos com os serviços terceirizados (H1, H6, H5, H7, H2), com apenas os gestores do hospital H3 e H4 demonstrando insatisfação.

### **Saber fazer experencial**

Conforme revisão bibliográfica, são saberes adquiridos pela **Experiência Profissional**, se manifestam de forma procedural, ajudam o gestor a agir em função de algo e estão relacionados aos **Papéis Interpessoais** do administrador de profissionais e foram pesquisados através das questões 13 a 23.

O descritor destes saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais, é legitimidade a partir do saber contextualizado e contingente, desprendimento e delegação.

O conjunto da experiência profissional de cada um dos respondentes, já analisado anteriormente, foi sintetizado para ajudar a compreender como a experiência profissional ajudou na construção de um saber contextualizado e contingente.

**Respondente hospital H1** - homem, médico, trabalha em hospitais há 24 anos, trabalhou em outro setor econômico por 16 anos, e em outros hospitais por 5 anos, tempo em que trabalhou como médico e como empresário da saúde, servindo de preparação para a função atual. É há 19 anos Diretor Administrativo

Financeiro, tendo ingressado no cargo quando da aquisição do hospital H1.

O hospital em que trabalha não possui missão nem objetivos definidos, o respondente monitora *outputs* mensalmente, apresentou preocupação com a taxa de ocupação do centro cirúrgico, único dos indicadores perguntados que monitora.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez às questões 72 e 75 e de forma coerente as questões 74, 76 e 77, demonstrando que conhece o setor de saúde e faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidades de seu hospital.

**Respondente hospital H2** - mulher, com formação na área de humanidades, com pós-graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar e em mais duas em áreas administrativas, trabalhou em outro setor econômico por 3 anos. Trabalhou sempre no mesmo hospital, onde está há 32 anos e fez carreira administrativa de 30 anos, tempo que certamente a preparou para a função atual, sendo há 2 anos Diretora Geral do hospital H2.

O hospital em que trabalha possui missão e objetivos definidos, a respondente monitora *outputs* mensalmente, se interessando por indicadores econômicos, de produtividade e de satisfação de clientes.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez às questões 72 e 75 e de forma coerente as questões 74, 76 e 77, demonstrando que conhece o setor de saúde e faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidades de seu hospital.

**Respondente hospital H3** - mulher, com formação na área de humanidades, com pós-graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar e em mais duas em áreas administrativas, trabalha em hospitais há 11 anos, trabalhou em

outro setor econômico por 14 anos. Fez carreira administrativa em cargo de supervisão em outro hospital por 10 anos, tempo em se preparou para a função atual, na qual ingressado através de processo de seleção, sendo há 1 ano, Diretora Geral do hospital H3.

O hospital em que trabalha não possui missão e objetivos definidos, a respondente monitora *outputs* quinzenalmente, se interessando por indicadores econômicos e de produtividade.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez à questão 75, de forma coerente as questões 72 e 74, e de forma inadequada as questões 76 e 77, demonstrando que conhece os assuntos relacionados ao SUS, mas não faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidade de seu hospital.

**Respondente hospital H4** - homem, médico, com pós-graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar, trabalha em hospitais há 24 anos, trabalhou em outro setor econômico por 9 anos, e em outros hospitais por 23 anos, tempo em que trabalhou como médico, foi indicado politicamente para a função atual. É há menos de um ano Diretor Geral do hospital H4.

O hospital em que trabalha possui missão e objetivos definidos; o respondente monitora *outputs* semestralmente, se interessando apenas por indicadores de produtividade.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez à questão 75 e de forma coerente as questões 72, 74, 76 e 77, demonstrando que conhece o setor de saúde e faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidade de seu hospital.

**Respondente hospital H5** - mulher, com formação na área de humanidades, com pós-graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar,

trabalhou em outro setor econômico por 11 anos. Trabalhou sempre no mesmo hospital, onde esta há 23 anos e fez carreira administrativa de 22 anos, tempo que certamente a preparou para a função atual, é há 1 ano Gestora Administrativa do hospital H5.

O hospital em que trabalha não possui missão nem objetivos definidos, a respondente raramente monitora *outputs*, apresentou preocupação com a satisfação dos clientes, único dos indicadores perguntados que monitora.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez à questão 72 e 75, de forma coerente as questões 74, 76 e 77, demonstrando que conhece o setor de saúde e faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidade de seu hospital.

**Respondente hospital H6** - homem, médico, trabalha em hospitais há 23 anos, trabalhou em outro setor econômico por 4 anos, e em outros hospitais por 20 anos, tempo em que trabalhou como médico e gestor hospitalar, servindo de preparação para a função atual para a qual foi eleito. É há 3 anos Diretor Superintendente do hospital H6.

O hospital em que trabalha possui missão e objetivos, definidos e divulgados publicamente, o respondente monitora *outputs* mensalmente, se interessando por indicadores econômicos, de produtividade e de satisfação de clientes.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez às questões 75 e de forma coerente às questões 74 e 77, demonstrando que conhece o setor de saúde e faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidade de seu hospital.

**Respondente hospital H7** - homem, médico, com pós-graduação

*lato sensu* em Administração Hospitalar, trabalha em hospitais há 32 anos, trabalhou em outro setor econômico por 5 anos, e em outros hospitais por 11 anos, tempo em que trabalhou como médico. Está no hospital atual há 21 anos, onde além de trabalhar como médico fez carreira em funções de liderança profissional, tempo que o preparou para a função atual, sendo há 16 anos Diretor Superintendente do hospital H7.

O hospital em que trabalha possui missão e objetivos, definidos e divulgados publicamente; o respondente monitora *outputs* mensalmente, se interessando por indicadores econômicos, de produtividade e ocasionalmente pela satisfação de clientes.

Respondeu de acordo com o discurso da escassez à questão 75 e de forma coerente as questões 72, 74, 76 e 77, ajudou a pesquisadora a descobrir o motivo da polêmica que levou ao cancelamento da questão 73, sobre o Sistema Suplementar de Saúde, demonstrando que conhece o setor de saúde, faz adequadamente as relações entre o setor e as necessidades de seu hospital e detém poder de convencimento.

### **Saber fazer social ou relacional**

Conforme revisão bibliográfica, são saberes adquiridos pela **Experiência Social e Profissional**, se manifestam de forma procedural e estão relacionados aos **Papéis Informacionais** (questões 45).

O descritor destes saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais, é saber interpretar informações, especialmente indicadores hospitalares, transformando-os em *outputs* desejados e criando condições para que sejam

alcançados. Aprender a partir de sua atuação e da dos demais.

A questão 45 solicitava que os respondentes fornecessem informações, de memória, sobre alguns indicadores de seus hospitais; todos os respondentes forneceram as informações solicitadas, que foram submetidas a uma análise de consistência.

**TABELA 08 - Consistência das respostas à questão nº 45 do instrumento de coleta de dados**

Hospital	Dados informados pelo respondente			Dados calculados com base no número de leitos e no paciente/dia informados		Diferença entre a Tx de ocupação informada e a calculada Pacientes/dia <sup>22</sup>
	Nº de Leitos	Pacientes/dia <sup>23</sup>	Tx de ocupação <sup>24</sup>		Nº de Leitos	
H1	48	500	45,0	H1	48	500
<b>H2</b>	<b>68</b>	<b>1333</b>	<b>63,2</b>	<b>H2</b>	<b>68</b>	<b>1333</b>
H3	79	1375	98,0	H3	79	1375
H4	56	1250	55,0	H4	56	1250
<b>H5</b>	<b>243</b>	<b>4400</b>	<b>65,0</b>	<b>H5</b>	<b>243</b>	<b>4400</b>
H6	300	7000	90,0	H6	300	7000
<b>H7</b>	<b>257</b>	<b>6480</b>	<b>90,0</b>	<b>H7</b>	<b>257</b>	<b>6480</b>

Fonte: a autora, com base nas respostas dadas a questão 45 do instrumento de coleta de dados

Foram consideradas aceitáveis, as diferenças encontradas de valor inferior a 8%, tanto para maior quanto para menor, porque podem ser decorrentes de diferentes formas de tratar estes indicadores.

Os melhores resultados encontrados foram dos respondentes dos hospitais H2, H5 e H7:

<sup>22</sup> Paciente/dia - é a unidade de mensuração da assistência prestada em um dia hospitalar, a um paciente internado, devendo o dia da alta somente ser computado quando este ocorrer no dia da internação. (GOMEZ, 1999, p18).

<sup>23</sup> Paciente/dia - é a unidade de mensuração da assistência prestada em um dia hospitalar, a um paciente internado, devendo o dia da alta somente ser computado quando este ocorrer no dia da internação. (GOMEZ, 1999, p18).

<sup>24</sup> Taxa de ocupação - Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período. (GOMEZ, 1999, p20).

H2 - diferença de 2,14% para maior, sendo o melhor resultado encontrado, coerente com o conjunto das informações anteriores;

H5 - diferença de 4,65% para menor, contrariando a expectativa criada pelo conjunto das informações anteriores, que apontavam para uma falta de preocupação do respondente com os indicadores;

H7 - diferença de 5,96% para menor, coerente com o conjunto das informações anteriores;

Os hospitais H1 e H6 apresentaram resultados intermediários:

H1 - diferença de 10,28% para menor acompanhando a tendência do conjunto de informações anteriores, que revelaram uma baixa preocupação do respondente com o monitoramento de indicadores.

H6 - diferença de 12,23% para menor contrariando a expectativa criada pelo conjunto das informações anteriores, que revelaram preocupação do respondente com o monitoramento de indicadores.

Os hospitais H4 e H3 apresentaram os resultados mais dispares:

H4 - diferença de 19,4% para maior acompanhando a tendência do conjunto de informações anteriores que revelaram uma baixa preocupação do respondente com o monitoramento de indicadores.

H3 - diferença de 39,99% para menor, contrariando a expectativa criada pelo conjunto das informações anteriores que apontavam para uma grande preocupação do respondente com o monitoramento de indicadores.

## **Saber-fazer cognitivo**

Conforme revisão bibliográfica são saberes adquiridos através de todas as modalidades, se manifestam de forma procedural e estão relacionados aos **Papéis Interpessoais**.

O descritor desses saberes, conforme Quadro 7 - Recursos Pessoais, é aptidão para a liderança, capacidade de ligação, desprendimento e delegação.

Considerando que as demais modalidades de aquisição desses saberes já foi abordada pela pesquisa, este item teve-se a analisar a experiência social do respondente. Para tal foi realizado um levantamento da exposição pública dos respondentes através da mídia virtual. Estas informações ajudaram a revelar a aptidão para liderança e a capacidade de ligação do respondente.

Esta pesquisa complementar foi realizada, nos dias 24, 25 e 26 de agosto/2005, através de busca na Internet através do site [www.google.com.br](http://www.google.com.br), utilizando como palavras-chave o nome dos respondentes e dos hospitais pesquisados, selecionando apenas páginas em português. Os resultados encontrados foram organizados no Quadro 12 - Experiência social segundo ocorrências no Google.

### Quadro 12 - Experiência social segundo ocorrências no Google

Palavras chaves	Nº. de ocorrências		Comentários
	Em geral	Respondente	
"Nome do respondente" Hospital H1	1	1	"Nome do respondente" Hospital H1
"Nome do Hospital H1" + Município	25		"Nome do Hospital H1" + Município
"Nome do respondente" Hospital H2	45	0	"Nome do respondente" Hospital H2
"Nome do Hospital H2"	31		"Nome do Hospital H2"
"Nome do respondente" Hospital H3	1	0	"Nome do respondente" Hospital H3
"Nome do Hospital H3"	9		"Nome do Hospital H3"
"Nome do respondente " Hospital H4	92	5	"Nome do respondente " Hospital H4
"Nome do Hospital H4"	171		"Nome do Hospital H4"
"Nome do respondente" Hospital H5	8	8	"Nome do respondente" Hospital H5
"Nome do Hospital H5"	183		"Nome do Hospital H5"
"Nome do respondente" do Hospital H6	60	60	"Nome do respondente" do Hospital H6
"Nome do Hospital H6"	131		"Nome do Hospital H6"
"Nome do respondente" Hospital H7	26	26	"Nome do respondente" Hospital H7
"Nome do Hospital H7"	712		"Nome do Hospital H7"

Fonte: Quadro organizado pela autora com base no resultado da pesquisa realizada no site [www.google.com.br](http://www.google.com.br), realizada entre os dias 24 e 26 de agosto de 2005.

Destacaram-se na pesquisa os respondentes dos hospitais H6 (60 ocorrências), H7 (26 ocorrências) e H5 (8 ocorrências), todos hospitais de alta complexidade. O número de ocorrências mostrou-se consistente com a importância regional de cada um dos hospitais.

Os gestores destes 3 hospitais destacam-se por sua participação no Conselho Municipal de Saúde e em outros relativos à regulação do sistema público de saúde e a representação da categoria.

### 8.2.3 Quanto ao atendimento do objetivo específico 5 do presente estudo

Atendendo ao objetivo específico 5 do presente estudo, os dados obtidos, tabulados e analisados permitiram **caracterizar os respondentes dos hospitais** estudados. E classificá-los, de acordo com os níveis de profissionalismo de Le Boterf (2003) (Quadro 05). Conforme revisão bibliográfica, o pleno cumprimento dos papéis do administrador de profissionais exigem um nível de profissionalismo correspondente ao domínio profissional. Este domínio implica na posse pelo gestor de conhecimentos contextualizados em relação ao meio, conhecimento de seus saberes, capacidades e competências, autonomia, capacidade de interpretar regras, confiança em suas capacidades e conhecimentos adquiridos, o que lhes confere confiabilidade. Abaixo deste nível encontra-se o principiante, que é pouco confiável, mas tem êxitos pontuais e acima o de especialização com uma grande regularidade da competência.

O respondente do **hospital H1** fez carreira profissional em hospitais por 24 anos, a maior parte do tempo, 19 anos, como proprietário e gestor do hospital H1. Como médico, não buscou formação em Administração Hospitalar, desconhecendo técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, entretanto conhece o setor hospitalar e faz relações adequadas com o seu hospital. Apresentou baixa exposição pública, coerente com a importância local de seu hospital. Pelo fato de não possuir os saberes específicos, este respondente não completa os requisitos para o domínio profissional, podendo ser classificado como principiante.

O respondente do **hospital H2** fez carreira administrativa no próprio hospital por 32 anos, resultando na função atual, com graduação na área de

humanidades. Buscou formação em Administração Hospitalar e em outras áreas administrativas. Conhece técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, e as utiliza de forma consistente. Conhece o setor hospitalar e faz relações adequadas com o hospital pesquisado. Apresentou baixa exposição pública, coerente com a importância microrregional do hospital H2. Apresentou saberes específicos e contextualizados, bem como os demais requisitos para o domínio profissional.

O respondente do **hospital H3** fez carreira administrativa em hospitais por 11 anos, chegando a função atual há 1 ano através de processo seletivo. Possui graduação na área de humanidades, buscou formação em Administração Hospitalar, e em outras áreas administrativas. Conhece algumas técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, entretanto quando as utiliza não o faz de modo consistente. Conhece o setor hospitalar, mas não faz relações adequadas com o hospital pesquisado. Apresentou baixa exposição pública, coerente com a importância microrregional do hospital H3. Pelo fato de apresentar saberes pouco contextualizados e baixa confiabilidade, este respondente não completa os requisitos para o domínio profissional, podendo ser classificado como principiante.

O respondente do **hospital H4** fez carreira profissional em hospitais por 24 anos, boa parte do tempo como médico em outros hospitais. Buscou formação em Administração Hospitalar. Chegou a função atual há menos de 1 ano através de indicação política. Conhece técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, entretanto quando as utiliza o faz de modo pouco consistente. Conhece o setor hospitalar e faz relações adequadas com o hospital pesquisado. Apresentou baixa exposição pública, coerente com a importância local

do hospital H4. Pelo fato de não apresentar consistência quanto à posse dos saberes específicos, este respondente não completa os requisitos para o domínio profissional, podendo ser classificado como principiante.

O respondente do **hospital H5** fez carreira administrativa no próprio hospital por 23 anos, resultando na função atual. Com graduação na área de humanidades, buscou formação em Administração Hospitalar. Desconhece técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, entretanto quando solicitado a utilizá-las o faz de forma consistente. Conhece o setor hospitalar e faz relações adequadas com o hospital pesquisado. Apresentou média exposição pública coerente com a importância regional do hospital H5. Apresentou saberes contextualizados e, embora não faça plena utilização dos saberes específicos na sua prática profissional, apresentou outras características típicas do domínio profissional.

O respondente do **hospital H6** fez carreira profissional em hospitais por 23 anos, uma parte do tempo como médico em outros hospitais, uma parte do tempo como gestor de outro hospital. Não buscou formação em Administração Hospitalar, chegando a função atual há 3 anos através de eleições. Conhece técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, entretanto, quando as utiliza o faz de modo pouco consistente. Conhece o setor hospitalar e faz relações adequadas com o hospital pesquisado. Apresentou alta exposição pública, coerente com a importância estadual do hospital H6. Apresentou saberes contextualizados e, embora não tenha apresentado plena consistência quanto à posse dos saberes específicos, apresentou outras características típicas do domínio profissional.

O respondente do **hospital H7** fez carreira profissional em hospitais por 32 anos, uma parte do tempo como médico em outros hospitais, outra parte do

tempo como dirigente profissional no hospital atual por 5 anos, resultando na função atual que ocupa há 16 anos. Buscou formação em Administração Hospitalar e conhece técnicas administrativas, tais como, o gerenciamento por *outputs*, utilizando-as de forma consistente. Conhece o setor hospitalar, sendo convincente em suas argumentações e fazendo relações adequadas com o hospital pesquisado. Apresentou alta exposição pública, coerente com a importância macrorregional do hospital H7. Apresentou saberes específicos e muito contextualizados, dando mostras de serem rapidamente mobilizáveis, ultrapassando os requisitos para o domínio profissional, podendo ser considerado um especialista.

### 8.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para avaliar a participação dos gestores no processo de construção dos instrumentos de gestão, necessários ao controle do trabalho profissional, será traçado, a seguir, um paralelo entre as características dos hospitais pesquisados e as características das trajetórias de seus gestores.

#### Hospital H1

O hospital H1 não é uma organização profissional. Parece uma **organização empreendedora** (Mintzberg, 2001, p.252), o que minimiza a importância da falta de instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional. O gestor deste hospital foi considerado **principiante** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

O gestor deste hospital, que não construiu instrumentos de gestão,

não o fez porque o hospital não possui as características de uma organização profissional, mas sim de uma organização empreendedora da qual ele possui completo controle. Esta constatação invalida a pergunta correspondente à participação do gestor na construção dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

### **Hospital H2**

O hospital H2 é uma **organização profissional**. O respondente do hospital H2 foi considerado possuidor de **domínio profissional** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

O gestor deste hospital participou da construção dos instrumentos de gestão, necessários ao controle do trabalho profissional, encontrados no hospital pesquisado, o que fez durante sua carreira administrativa no próprio hospital.

### **Hospital H3**

O hospital H3 está em transição da finalidade caritativa para a terapêutica, possuindo ao mesmo tempo características das organizações profissionais e das maquinais (Mintzberg, 2001, p.252). O respondente deste hospital foi considerado **principiante** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

O gestor deste hospital não participou da construção de instrumentos de gestão, uma vez que este é seu primeiro cargo de gestor, que só assumiu há 1 ano. Como o hospital H3 não possui todas as características de uma organização profissional, esta constatação invalida a pergunta correspondente à participação do gestor na construção dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

#### Hospital H4

É uma **organização profissional**. O respondente deste hospital foi considerado **principiante** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

Como o hospital não possui os instrumentos gerenciais de controle do trabalho profissional e o respondente ocupa pela primeira vez um cargo de gestão, torna-se inválida a pergunta correspondente à participação do gestor na construção destes instrumentos.

#### Hospital H5

É uma **organização profissional**. O respondente deste hospital foi considerado possuidor de **domínio profissional** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

Não é possível precisar se o gestor teve alguma responsabilidade pela não existência dos instrumentos de gestão. Embora tenha feito carreira administrativa no próprio hospital, só esta no cargo atual há 1 ano.

#### Hospital H6

É uma **organização profissional**. O respondente deste hospital foi considerado possuidor de **domínio profissional** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

Não há como precisar se o gestor deste hospital participou da construção dos instrumentos de gestão. Provavelmente, se o fez, foi no hospital em que trabalhou anteriormente como gestor, pois esta no cargo atual há apenas 3 anos.

## Hospital H7

É uma **organização profissional**. O respondente deste hospital foi considerado um **especialista** pelos critérios de LE BOTERF (2003, p.162).

O gestor deste hospital participou da construção dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional encontrados no hospital pesquisado, o que fez durante sua carreira profissional no próprio hospital.

## Conclusões preliminares

A discussão dos resultados levou a conclusões preliminares, que ajudarão a ordenar a conclusão do presente estudo.

A primeira conclusão da pesquisa foi que quando o hospital não apresenta característica de organização profissional, também não apresenta os instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional, conforme os resultados encontrados nos hospitais H1 e H3.

A segunda conclusão se refere à relação direta entre uma posse de instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional e um melhor preparo do gestor, conforme os resultados encontrados nos hospitais H2 e H7.

A terceira conclusão se refere às evidências de corporativismo observadas no hospital H5, que confirmam que a falta de instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional, deixa os grupos profissionais à vontade para exercerem de modo desordenado seus poderes profissionais.

A quarta conclusão se refere ao efeito moderador dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional frente ao corporativismo, conforme os resultados encontrados no hospital H6.

Finalmente, a quinta conclusão se refere a menor necessidade de instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional em hospitais públicos de média complexidade, mesmo quando combinada com um gestor principiante, conforme os resultados encontrados no hospital H4.

## CAPÍTULO VI

### 9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi motivada, sobretudo, pela proximidade que a pesquisadora mantém com o setor hospitalar e a constatação das dificuldades dos gestores em lidar com os grupos profissionais, sugerindo relações desequilibradas entre a administração e estes grupos.

Este desequilíbrio parecia se acentuar quanto maior a presença profissional, motivada frequentemente por uma maior capacidade de resolução ou complexidade de assistência do hospital observado.

A descoberta das configurações estruturais das organizações de Henry Mintzberg (2003) forneceu o referencial teórico necessário à compreensão da raiz destas dificuldades, pela constatação de que o hospital não é uma organização comum, mas uma organização de base profissional, em que a coordenação do trabalho apresenta características singulares, que implicariam na posse de instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional.

Entretanto, a revisão bibliográfica apontou coexistência de estágios diferentes de desenvolvimento destas organizações, que evoluem conforme o hospital transita da finalidade caritativa para a finalidade terapêutica.

A leitura do estudo sociológico sobre as relações de poder nos hospitais portugueses da pesquisadora Sandra Carapinheiro (1998) foi determinante para compreensão das razões do desequilíbrio. E apontou para a necessidade do estabelecimento de uma ordem negociada como condição de equilíbrio, indispensável à formação e implementação da estratégia nas organizações

hospitalares. E destacando o profissionalismo do gestor como condição de sua legitimação junto aos profissionais.

Para compreender o processo de construção desta legitimidade, a revisão bibliográfica buscou determinar os papéis do administrador de profissionais em organizações hospitalares, relacionando-os aos saberes e aos níveis de profissionalismo (Le Boterf, 2003) necessários ao exercício dos mesmos.

A pesquisa de campo foi realizada nos 7 hospitais de média e alta complexidade da 17ª Regional da região Norte do Estado do Paraná e teve por objetivo confirmar os caminhos apontados por este conjunto teórico, através da caracterização dos hospitais e de seus gestores.

Os resultados encontrados quanto à **caracterização das organizações hospitalares da região Norte do Paraná** confirmaram a presença de diferentes estágios estruturais destas organizações, com 1 hospital em estágio de transição da finalidade caritativa para terapêutica, 1 hospital cuja estrutura se assemelha a de uma organização empreendedora e 5 hospitais fortemente comprometidos com a finalidade terapêutica, dentre eles 2 públicos e 3 privados sem finalidade lucrativa (filantrópicos).

Mostrou um aumento geral de recursos humanos, de acordo com o aumento da complexidade dos hospitais e do número de leitos, levando a crer que este aumento não ocorre de modo linear, mas depende da finalidade da instituição, da forma jurídica adotada e de outros fatores ligados a gestão.

Apontou para a existência de diferenças importantes, quanto à presença profissional, entre hospitais de média complexidade, o que só encontrou explicação na opção mais ou menos clara pela finalidade terapêutica.

Apontou também para o uso diferenciado dos instrumentos de gestão, nem sempre coerentes com as necessidades demonstradas pela presença profissional e o nível de profissionalização da assistência.

Quanto à **caracterização da trajetória dos gestores dos hospitais pesquisados**, os resultados encontrados demonstraram a presença de diferentes níveis de contextualização dos saberes do meio hospitalar pelos gestores, implicando numa compreensão e uso diferenciado dos instrumentos de gestão para o controle do trabalho profissional.

As trajetórias encontradas podem ser classificadas em dois tipos: o primeiro, pela carreira profissional, no caso dos médicos. A segunda, pela carreira administrativa no caso dos demais gestores, sendo importante salientar que nenhum dos gestores pesquisados possui formação superior em administração.

Destacou a importância da carreira profissional ou administrativa em hospitais, aliada a formação em administração hospitalar como fator de contextualização dos saberes do meio.

A **correlação entre as características dos hospitais pesquisados e as características de seus gestores** demonstrou, que quando o hospital não se constitui plenamente como uma organização profissional, não possui gestor com o nível de profissionalismo recomendável pela pesquisa e não desenvolve os instrumentos de gestão necessários ao controle dos profissionais. Esta situação foi observada em dois hospitais pesquisados, de média complexidade, nos quais os gestores apresentaram níveis de principiantes.

De uma maneira geral, a falta de controle do trabalho profissional se agrava quanto maior for a presença profissional no hospital. Levando a crer que a falta destes instrumentos de controle pode causar maior desequilíbrio em hospitais

de alta complexidade, favorecendo o corporativismo profissional. Neste sentido, apontou para a importância da posse de um conjunto completo destes instrumentos de gestão pelos hospitais de alta complexidade para o controle efetivo dos profissionais e, conseqüentemente, do corporativismo.

A posse de um melhor conjunto de instrumentos, identificada em 2 hospitais de alta complexidade e 1 de média complexidade, pode ser atribuída, em 2 casos, à presença de gestores com o nível de profissionalismo necessário ao desempenho de seus papéis, um com domínio profissional, hospital de média complexidade, e outro especialista, hospital de alta complexidade. No terceiro caso, a origem destes instrumentos é anterior à presença do gestor, o que inviabilizou a análise.

Finalizando, é possível afirmar que as organizações da região Norte do Paraná apresentam diferentes estágios estruturais, sendo que a maioria - 5 em 7 casos - são efetivamente organizações profissionais.

Estas organizações apresentaram posse diferenciada dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional, sendo que apenas 1, de alta complexidade, apresentou todo o conjunto de instrumentos indicados pela revisão bibliográfica, 2, sendo 1 de alta e outra de média complexidade, apresentaram o conjunto praticamente completo, exceto pela utilização do organograma matricial. As demais apresentaram poucos recursos para este controle.

A correlação entre as características dos hospitais e as características dos gestores, confirmou a importância do nível de profissionalismo do gestor para o processo de construção dos instrumentos de gestão, necessários ao controle do trabalho profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a profissionalização da gestão dos hospitais é ao mesmo tempo uma necessidade de sobrevivência e uma tendência irreversível, é importante discutir se, de alguma forma, o ensino formal de Administração pode contribuir para isto.

Embora nenhum dos gestores pesquisados tenha formação em Administração, pelo menos 5 entre os 7 buscaram cursos de pós-graduação em Administração Hospitalar, demonstrando confiança no ensino formal para a aquisição de saberes do meio.

Por outro lado, embora exista na região, há 25 anos, um curso de graduação em Administração Hospitalar oferecido pela Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana, nenhum egresso deste curso foi encontrado no Ápice Estratégico dos hospitais pesquisados. Uma reflexão sobre o motivo da ausência destes egressos leva a crer que a graduação em Administração não é um elemento fundamental no sucesso de uma carreira, que leve ao topo destas organizações, induzindo a uma pergunta, que hoje tem sido motivo de polêmica: *a quem pertence o hospital ?*

Chamados para assumir funções de supervisão em áreas técnicas, outros grupos profissionais tem ingressado nos hospitais, destacando-se no ambiente hospitalar, em funções que exigem primeiramente formação específica, mas também, visão de mercado, capacidade de negociação, flexibilidade de raciocínio.

Considerando que os grupos *que, em cada momento, controlam uma organização são os que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas.* (Perrow, in

Carapinheiro, 1998, p. 59), é possível afirmar, que hoje levam vantagem na disputa pelo controle da organização hospitalar, os médicos e todos os demais profissionais que se mostrarem essenciais no processo de profissionalização da gestão nestas organizações.

As tarefas eminentemente administrativas nem sempre são executadas por administradores de formação, que disputam espaço com outros profissionais, principalmente com médicos e enfermeiras. Conforme mostra a resposta dada pelo médico Alberto Hideki Kanamura, Gerente Administrativo do Hospital 9 de Julho, de São Paulo/SP, em entrevista a Revista de Administração em Saúde da Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde, quando perguntado sobre as perspectivas profissionais para o administrador de saúde no Brasil:

Como em qualquer campo de atividade as perspectivas são muito boas para as pessoas competentes. A profissionalização da administração dos hospitais é um fenômeno ainda incipiente em nosso país. Existe muito campo a ser ocupado, mas a concorrência com os administradores não oriundos das profissões da saúde será cada vez mais acirrada. (KANAMURA, 1999, p. 4).

A invasão de outros profissionais, proporcionada pela crescente profissionalização, é relatada não apenas na mídia específica como testemunha a matéria da jornalista Daniela D'Ambrosio, do Jornal Gazeta Mercantil, de 09/11/99:

Administradores, economistas, arquitetos, engenheiros e profissionais de hotelaria andam se esbarrando nos corredores dos hospitais, alguma doença moderna, destas trazidas pelo estresse do trabalho? Não, o setor de saúde está virando um negócio e abrindo espaço para outras áreas. O terno e gravata estão mesclando-se com a roupa branca na administração dos hospitais privados brasileiros. A onipresença dos onipotentes médicos, que dividem-se entre a sala de cirurgia e as finanças do hospital, está diminuindo.

Os resultados deste estudo e as evidências do ingresso de profissionais de diversas áreas nos hospitais, fortalecem uma questão já colocada pela revisão bibliográfica e que está relacionada ao nível de complexidade da entrega do profissional à organização, avaliado na pesquisa através do nível de profissionalismo de Le Boterf (2003). Ou seja, qualquer profissional, que trabalhe nos hospitais é candidato a participar no seu Ápice Estratégico, devendo se preparar para isto, através das diversas modalidades de aquisição dos saberes identificadas pela pesquisa.

### **Limitações do estudo e indicações para futura pesquisa**

A principal limitação da pesquisa foi a baixa participação de hospitais privados e com número de leitos em torno de 100, que ocorrem com freqüência em outras regiões do Estado do Paraná. A falta destes hospitais suscita diversos questionamentos do comportamento dos diversos elementos pesquisados em outras situações. Outra limitação percebida foi a falta de indicadores econômicos, que pudessem ser relacionados à posse ou não dos instrumentos de gestão necessários ao controle do trabalho profissional, o que permitiria investigar se um melhor uso destes instrumentos pode auxiliar na obtenção de melhores resultados econômicos para os hospitais.

Desta forma, fica proposto, para futuros estudos, a ampliação do universo de hospitais pesquisados, buscando uma maior diversificação e a introdução de indicadores econômicos no conjunto de elementos a serem pesquisados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998. 80 p..

BERTERO, C. O.. **Questões de governança empresarial**. In: S.B. Rodrigues, S. B.; Cunha, M.P..Estudos Organizacionais: Novas perspectivas na administração de empresas - uma coletânea luso-brasileira. São Paulo: Oglu, 2000, p. 429-444.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência à saúde no SUS** - Média e Alta Complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 498 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em 26 de março de 2005.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1988. 292 p.

BRESSAN, F. O método do estudo de caso. **Revista Administração on line** [On Line]. FECAP. V.1, n.1, jan./fev./mar. 2000. Disponível em [http://www.fecap.br/adm\\_online/](http://www.fecap.br/adm_online/). Acesso em 19/05/2005.

BROWN, P. **Florence Nightngale**. São Paulo: Editora Globo, 1993.59 p.

CAMPOS, J. Q.; FERNANDES, A.; ROZENBOJM, J.. **Assistência médico-hospitalar no Brasil, resumo histórico, situação atual e perspectivas**. São Paulo: IPCC, 1986.162 p.

CAMPOS, J. **O hospital** - a lei e a ética. São Paulo: LTr, 1976. 214 p.

CARAPINHIERO, S..**Os saberes e poderes no hospital**. Porto: Edições Afrontamento, 1998. 295 p.

CECÍLIO, Luiz C. de O.; Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, 973- 983, out./dez. 2000.

CFM. **Portal Médico** - Pesquisa de Resoluções. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa\\_resolucoes.php](http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php), acesso em 05/01/05.

CHIAVENATO, I.. **TGA, Vol.1** .6. ed. revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 385 p.

COAD. **Informativo semanal 32/2001**. São Paulo: Editora COAD, 2001. Orientação sobre imposto de renda p. 295-293.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **História da Enfermagem**. Disponível em <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#a> acesso em 08/09/2005

COPPER, D. R.; SCHINDLER, P. S.. **Métodos de Pesquisa em Administração**. trad. Luciana de Oliveira Rocha. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. 240p.

CURY, A..**Organização e métodos**: uma visão holística. São Paulo: Atlas, 2005. 599 p.

D'AMBROSIO,D..**Executivos do mercado descobrem hospitais**. São Paulo: Gazeta mercantil, 09/11/99.

DUARTE, I.. **Aspectos da terceirização em hospitais**. RAS, São Paulo, v.1, n.1, p.16-19 jan./mar. 1998.

DUARTE, I.. **Leitos hospitalares - algumas considerações**. RAS, São Paulo, v.2, n.3, p.5-9 jan./mar. 1998.

DUTRA, J.. **Gestão de pessoas com base em competências**. In Dutra, J. (Org). *Gestão por competências*. São Paulo: Editora Gente, 2201. p. 25-43.

FERNANDES, B.. **Competências e performance organizacional**: um estudo empírico. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2004. 232p.

FERREIRA, A.. **Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1961. verbete competência.

FERREIRA, A.B. de H.. **Miniaurélios século XXI**: o minidicionário da língua portuguesa/Aurélios Buarque de Holanda Ferreira; coordenação da edição, Margarida

dos Anjos, Marina Baiad Ferreira: lexicografia , Margarida dos Anjos...[et al]. 4. ed. rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. verbete atribuição.

FLEURY, A.. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra cabeças caleidoscópico da indústria brasileira/Afonso Fleury, Maria Tereza Leme Fleury. - 3. ed. - São Paulo: Atlas, 2004.155 p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In a Microfísica do poder. Organização e tradução Roberto Machado. Rio do Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

FOUCAULT, M. **O nascimento de Hospital**. In a Microfísica do poder. Organização e tradução Roberto Machado. Rio do Janeiro: Graal, 1979. p.99-111.

GOMEZ, M. **Sistema integrado de apuração de custos**: manual de implantação. Apucarana: Gralha Azul, 1999.

GOMEZ, M.. **Contribuição à discussão do sistema de distribuição dos recursos econômicos na área de assistência médica no Brasil**. Brasília: mimeo, 1995. p.

GONÇALVES, E.. **Estrutura organizacional do hospital moderno**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90, 1998.

GONÇALVES, E.. **O Hospital-Empresa: do planejamento à conquista do mercado**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 39, n. 1, p.84-97, 1999.

GUIMARÃES, C. **Situação Assistencial brasileira**. In: Gonçalves, E. (Org). Administração de Saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1989. p.137.

HIPOCRATES. **Juramento de Hipocrates**. In: Facer, S.; McIntosh, J. História Ilustrada da Medicina. Lisboa: Centralivros, 1996. p-26.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo I, Volume 2, Capítulo IV Medicina colonial. São Paulo: Difel, 1985. p- 145-160.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER. **Organograma da Liga Paranaense de Combate ao Câncer**. Disponível em <http://www.erastogaertner.com.br/Estrutura.html>. Acesso em 15/06/2005.

HOSPITAL SAMARITANO. **Diretoria clínica** - Comissões Médicas. Disponível em <http://www.hospitalsamaritano.com.br/home/medico/dirclinica/comissoes.asp>, acesso em 05/01/05

IBGE. **Estatísticas do século XX - Censo 2000**. Disponível em [www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos/saude.xls](http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos/saude.xls) consulta feita em 25/01/2004.

IOB. **Curso Prático de Previdência Social**. Apostila dos Cursos de legislação em Saúde. São Paulo: [s.n.], 197\_.

IVANOTO, H. S.. **A descoberta e o início da colonização**. In: Santa Casa de Misericórdia de Santos. Disponível em: [www.scms.com.br/historico.htm](http://www.scms.com.br/historico.htm). Acesso em 27/12/2002.

KANAMURA, A.. **Entrevista**. RAS, São Paulo, v.2, n.5, p.3-4 dez. 1999.

LAKATOS, E.; MARCONI, M.. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003. 83p.

LE BOTERF, G.. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**; trad. Patrícia C. R. Reuillard. Porto Alegre: Artmed, 2003. 257p.

MALIK, A.. **Qualidade, profissionais e organizações de saúde**. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 1, n. 2, p.17-20, 1998.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. **Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo**. RAE/EAESP/FGV, São Paulo, v.41, n.3, p.51-59, jul./set. 2001.

MANSUR, M.. **O financiamento da saúde no Brasil** - Tendências da década de 1990. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.120 p.

MAUDONNET, Ricardo Bento. **Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1988. p. 2.

MINTZBERG, H. **A estruturação das organizações**. in Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 140-156.

MINTZBERG, H. **A organização profissional.** in Henry Mintzberg e James Brian Quinn. O processo da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 272-282.

MINTZBERG, H.. **Criando organizações eficazes:** estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 2003. 334 p.

NAVA, P.. **Capítulos da história da medicina no Brasil.** Cotia: ateliê editorial; Londrina Eduel; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

NICZ, L.. **Aspectos institucionais e organizacionais.** In: Gonçalves, E. (Org). Administração de Saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1989. p 163-196.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M..**Garantia de Qualidade:** acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe. Rio de Janeiro: Organização Pan-americana da Saúde, Série/Silos n. 13, 1992. 210 p.

PEREIRA, J.. **Glossário de economia da saúde.** In: Piola S.; Vianna, S. (Orgs). **Economia da Saúde:** conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. p. 271-292p.

PEREIRA, Mauricio Fernandes. **Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual.** RAE/EAESP/FGV, São Paulo, v.40, n.3, p.83-96, jul./set. 2000.

PICHIAI, P.. **Dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais privados e públicos no Estado de São Paulo.** Relatório de Pesquisa nº 9/2000 - Escola de Administração de Empresas de São Paulo - EAESP/FGV/NPP. São Paulo, 2000.157 p.

PINTO, M. J. N..**Mensagem de Boas Vindas.** In: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. Disponível em: [www.scml.pt/boas vindas.htm](http://www.scml.pt/boas_vindas.htm)>. Acesso em 27/12/2002.

PIOLA S.; VIANNA, S.. **Economia da Saúde:** conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. 292 p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO. Secretaria do Planejamento. **Minuta de Estatuto Social da Associação Beneficente Hospitalar do Oeste do Paraná.** Toledo: [S.l.: s.n]. 2002.

PROAHSA. **Boletim de Indicadores PROAHSA. PROAHSA**, São Paulo, ano VIII, n. 34, abr./jun. 2004.

PROAHSA. **Boletim de Indicadores PROAHSA. PROAHSA**, São Paulo, ano VIII, n. 35, jul./set. 2004.

PROAHSA. **Boletim de Indicadores PROAHSA. PROAHSA**, São Paulo, ano IX, n. 37, jan./mar. 2005.

QUINTO NETO, A.. A aliança (essencial) necessária médicos-hospital. **RAS**, São Paulo, v.2, n.6, p.7-12 mar. 2000.

RESENDE, E.. **O livro das competências**: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade - 2.ed.. Rio de Janeiro: Qualimark, 2003. 224p.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA. **Resumo histórico - séculos XV e XVI**. In: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. Disponível em: [www.scml.pt/historia/sec\\_xv.htm](http://www.scml.pt/historia/sec_xv.htm)>. Acesso em 27/12/2002.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ. **Regimento Interno do Corpo Clínico**. Disponível em <http://www.santacasamaringa.com.br/corpo/regimento.php>, acesso em 05/01/05

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO. **História: Portugal; Brasil; e Rio de Janeiro**. In: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Disponível em: [openlink.br.inter.net/santacasa/port.htm](http://openlink.br.inter.net/santacasa/port.htm)>. Acesso em 27/12/2002.

SANTA CASA DE PARANAÍ. **Estatuto Social**. Paranaíba: [S.l.: s.n], 1995.

SHAW, J. B. **O dilema médico**. In: Paz Junior, A. C. da. A questão da saúde no Brasil. Brasília: [S.l.: s.n., 199\_]

TEIXEIRA, J.. **Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação**. In: Gonçalves, E. (Org). O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira, 1989. p 19-51.

VECINA NETO, G.. **Relatório de consultoria** - referente ao contrato ASc-93/00052-0 entre a Organização Pan Americana de Saúde e Gonzalo Vecina Neto. Londrina: mimeo, 1993. 59 p.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZARIFIAN, P..**El modelo de la competencia y sus consecuencias sobre el trabajo y los oficios profesionales**. In mutacion de los sistemas productivos y competencias profesionales: la producion industrial de servicio, Organizado pela da Oficina Internacional do Trabalho. Montevideú: OIT, 1999. p. 33-46.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA MESTRADO DE ADMINISTRAÇÃO MESTRANDA : Mariluz Gomez

#### Questionário Principal - Para coleta de Dados Primários

1 Identificação do hospital	
2 Identificação do Respondente	
3 Identificação do Entrevistador	
4 Data da Entrevista	
5 Local da Entrevista	

### CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

#### Educação Formal e Continua

6 Escolaridade	superior (1)	especialização (2)	mestrado (3)	doutorado (4)
7 Formação Acadêmica principal				
Escrever o nome do curso de graduação				
Formação acadêmica de pós graduação escrever conforme os níveis				
8 Em Nível de Especialização				
Em Nível de Especialização				
Em Nível de Especialização				
9 Em Nível de Mestrado				
10 Em nível de Doutorado				
11 Idade				
12 Sexo	Feminino (1)		Masculino (2)	
<b>Experiência profissional em geral</b>				
13 Tempo de Trabalho em Geral (em anos)				
14 Número de empresas em que trabalhou				
15 Funções ou Cargos ocupados nas empresas em que trabalhou em quantidades	operacional (a)	supervisão operacional (b)	gerencia (c)	direção (d)
<b>Experiência profissional em Hospitais</b>				
16 Tempo de Trabalho em Hospitais (em anos)				
17 Número de hospitais em que trabalhou				
18 Funções ou Cargos ocupados em hospitais em quantidades	operacional (a)	supervisão operacional (b)	gerencia (c)	direção (d)
<b>Experiência profissional neste Hospital</b>				
19 Tempo de trabalho neste hospital (em anos)				

20 Funções/Cargos desempenhados neste hospital em quantidades

operacional (a)	supervisão operacional (b)	gerencia (c)	direção (d)

21 Nome da função atual que exerce no Hospital

--

22 Tempo na função atual

--

23 Como chegou a função atual? Pode haver mais de uma resposta.

Fez carreira administrativa no hospital (a)	Por vínculo familiar, de propriedade, ou religioso (b)	Por indicação de membros do hospital (c)	Por processo de seleção (d)
(e) por eleição			
(f) por indicação política			

## CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

### Definições Gerais

24 Forma jurídica

Privado (1)	Privado sem finalidade Lucrativa (2)	Publico (3)

25 Número de leitos do hospital

--

26 Quantidade de profissionais em exercício  
(Preencher com o número de profissionais contratados ou autônomos)

Médicos Total (a)	Médicos plantonistas UTI (b)	Médicos plantonistas PS (c)	Enfermeiros (d)	
Psicólogos (e)	Assistentes Sociais (f)	Terapeutas Ocupacionais (g)	Fisioterapeutas (h)	
Físicos médicos (i)	Farmacêuticos (j)	Administradores (k)	Estatísticos (l)	
Nutricionistas (m)	Analistas de sistemas (n)	Contadores (o)	Engenheiros (p)	
(q) fonoaudiólogo	(r) advogado	(s) biólogo	(t) jornalista	
Outros profissionais (nominar e quantificar)	(u)	(v)	(w)	(z)

78 Total de funcionários

--

79 Total de Enfermagem em geral

--

27 O hospital tem missão definida?

sim (1)	não (2)

28 Caso positivo, cite a missão ou as linhas gerais da mesma.

--

29 Os objetivos assistenciais estão definidos?

sim (1)	não (2)

--	--

30 Caso positivo, cite o objetivo que lhe parece mais importante neste momento para a organização.

--

### Sobre a organização da enfermagem

- 31 Os diversos níveis de hierarquia da enfermagem estão presentes? Preencher com as quantidade.
- |  | Enfermeiros (a) | técnicos de enfermagem (b) | auxiliares de enfermagem (c) | atendentes de enfermagem (d) |
|--|-----------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
|  |                 |                            |                              |                              |
- 32 Como esta organizada a hierarquia dos enfermeiros, quais os cargos presentes?
- |  | Diretor (a) | Chefe Geral ou de unidade (b) | Supervisor de setor (c) | Não existe hierarquia (d) |
|--|-------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|
|  |             |                               |                         |                           |
- 33 Na sua opinião com que grupo funcional a enfermagem deste hospital é mais leal? (escolher apenas 1 resposta)
- |  | Com os pacientes (1) | Com os médicos (2) | Com a administração (3) | Com o proprio grupo (4) |
|--|----------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
|  |                      |                    |                         |                         |

### Sobre a organização do Corpo Clínico

- 34 O Regimento do Interno do Corpo clínico organiza:
- |  | médicos e os demais prof. (1) | só os Médicos por espec. (2) | só médicos em conjunto (3) |
|--|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|
|  |                               |                              |                            |
- 35 Existem chefes por áreas profissionais ou de especialidades?
- |  | Por áreas prof. 1) | Por áreas de espec. (2) | Não existem chefes (3) |
|--|--------------------|-------------------------|------------------------|
|  |                    |                         |                        |
- 36 O Regimento prevê que diretores?
- |  | Diretor Clínico (1) | Diretor técnico (2) | Os dois (3) |
|--|---------------------|---------------------|-------------|
|  |                     |                     |             |
- 37 Quem elaborou o Regimento Interno do Corpo Clínico?
- |  | Os próprios médicos (1) | Os médicos c/ supervisão da admin. (2) | A adm. c/ representantes médico (3) | Pessoal ou consultoria externa (4) |
|--|-------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
|  |                         |  |                                     |                                    |
- 38 A elaboração foi feita com supervisão de advogado especializado?
- |  | sim (1) | não (2) |
|--|---------|---------|
|  |         |         |
- 39 Como os médicos ingressam no hospital?
- |  | O médico busca diretamente o hospital (a) | O médico é indicado por outros médicos (b) | O médico é convidado a ingressar por um grupo (c) | O médico é recrutado a partir das necessidades do hospital (d) |
|--|---|--|---|--|
|  |   |  |   |  |
- Por processo seletivo (e)
- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
- 40 O Respondente (gestor) participa do processo de ingresso dos profissionais?
- |  | sim, dá a palavra final (1) | sim, é ouvido no processo (2) | não, é apenas informado (3) | As vezes nem é informado (4) |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|  |                             |                               |                             |                              |
- 41 O Regimento Interno prevê regras para o desligamento de profissionais?
- |  | existem, e são aplicadas se necessário (1) | existem, mas raramente são aplicadas (2) | não existem (3) |
|--|--|--|-----------------|
|  |  |  |                 |



- (a) Custo médio paciente/dia em internação comum  
 (b) Receita média de paciente/dia internado  
 (c) Receita média de pacientes/dia p/convênio  
 (d) Tx de ocupação do Centro Cirúrgico  
 (e) Tx de ocupação por unidade de internação  
 (f) Nível de Satisfação de usuários  
 (g) Nº de reclamações de pacientes p/ grupo funcional


- 49 Quem processa as informações para gerar estatísticas e indicadores

Existe um setor de estatística (1)	Vários setores colaboram e o CPD fecha (2)	Cada setor fecha a sua parte (3)	São impressos relatórios dos sistemas (4)
------------------------------------	--	----------------------------------	---

Outra forma (5):


- 50 Que público tem acesso aos indicadores?

O público em geral p/ publicação (a)	O público interno em reunião (b)	O chefe do setor via administrador (c)	Não são divulgados (d)
--------------------------------------	----------------------------------	--	------------------------

--	--	--	--

- A administração utiliza indicadores hospitalares de círculos de qualidade consarados para fazer comparações?

- 51

sim (1)	não (2)
---------	---------


- 52 Quais?

### Sobre terceirização de serviços

- 53 O hospital terceiriza serviços de diagnóstico ?

internamente sim(a)	externamente Sim (b)	internamente não (c)	externamente não (d)
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------


- 55 O hospital terceiriza serviços de apoio?

sim (1)	não (2)
---------	---------

Caso negativo ir direto para questão 62

- 56 Caso positivo, quais?


- 57 Estas relações de terceirização estão documentadas em contratos?

sim (1)	não (2)
---------	---------

--	--

- 58 Por quem foram formulados os contratos?

Admin. c/ supervisão de advogado (a)	Administração (b)	Alterações no Contrato do Terceiro (c)	Contrato padrão do Terceiro (d)
--------------------------------------	-------------------	--	---------------------------------

--	--	--	--

- 59 Utiliza algum sistema de monitoração dos serviços terceirizados?

De qualidade (a)	De produtividade (b)	De preço (c)	Não utiliza (d)
------------------	----------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

- 60 Você, enquanto gestor, esta satisfeito com os serviços terceirizados?

sim (1)	não (2)
---------	---------





## Apêndice B

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPA			
	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL</b> <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM</b> <b>DEPARTAMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO</b>		

F)  
G)  
H)      N° da FICHA: 00

### FICHA DE CADASTRO DO HOSPITAL PESQUISADO

Número do hospital na pesquisa:	
Nome do hospital:	
Nome do respondente:	
Forma jurídica:	
Proprietário:	
Data de fundação e breve histórico	
Endereço e telefone:	
Papel no sistema de referencia do SUS?	
Importância regional:	
Nível de resolução (média e alta complexidade)	
Pacientes que atende	
Numero de leitos em geral	
Numero de médicos em geral	
Numero de funcionários em geral	
Possui atendimento de urgência e emergência (PS)	
Possui unidade de terapia intensiva (UTI)	
Sobre recursos de financiamento	
Informações sobre o agendamento da entrevista	
Informações sobre a entrevista em geral	

Contato inicial realizado em 00/00/2005

Visita e entrevista realizadas em 00/00/2005

Os dados desta ficha foram obtidos na própria entrevista, através de documentos fornecidos pelo hospital ou através de seu Site e de informações coletadas junto ao respondente por via telefônica.