

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**SERGIO FILIPE CHAERKI**

**CONTEXTO, AGÊNCIA E PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS: O Caso do Hospital  
de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.**

**CURITIBA**

**2008**

**SERGIO FILIPE CHAERKI**

**CONTEXTO, AGÊNCIA E PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS: O Caso do Hospital  
de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração Estratégia e Organizações, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis L. Machado-da-Silva

**CURITIBA**

**2008**

**“CONTEXTO, AGÊNCIA E PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS: O CASO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ”**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO (ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES), E APROVADA EM SUA FORMA FINAL PELO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.



**PROF. DR. PEDRO JOSÉ STEINER NETO**  
**COORDENADOR DO MESTRADO**

APRESENTADO À COMISSÃO EXAMINADORA INTEGRADA PELOS PROFESSORES:



**PROF. DR. CLÓVIS LUIZ MACHADO-DA-SILVA**  
**PRESIDENTE**



**PROF. DR. ELOY EROS DA SILVA NASCIMENTO**  
**MEMBRO**



**PROF. DR. ACYR SELEME**  
**MEMBRO**

*A Deus.  
Aos anjos da minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Sou muito grato a algumas pessoas que durante o período de mestrado, me apoiaram, incentivaram e mesmo que indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

Primeiramente agradeço a Deus o dom da vida e todas as oportunidades e ameaças, forças e fraquezas que me fazem crescer. Amo-te Pai!

Aos meus pais Elio e Terezinha que em família me ensinaram no processo de socialização primária os princípios e valores que constituem a base do que sou. Grato mesmo!

A minha irmã Paula Fernanda Chaerki, pelo exemplo, amizade e colaboração!

Ao meu Orientador Prof. Clóvis Machado-da-Silva que, no processo de orientação, fez com que descobrisse minhas qualidades e limitações, agradeço por sua paciência, oportunidades, orientações e ensinamentos neste processo.

A instituição do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná nas figuras de Maria Cecília Mendes Coser e Dr. Giovanni Loddo que abriram as portas da instituição e possibilitaram a realização deste estudo.

Ao professor e amigo Marcos Schelemm por seus ensinamentos e por seu incentivo na minha caminhada no mestrado.

A Cláudia Coser e Julia Graeff por suas orientações e incentivo.

A Patrícia Chaerki e Marcela Catini pela colaboração num momento tão necessário.

Um agradecimento novamente a Deus por ter colocado em minha vida uma pessoa, Karine. Companheira, inteligente, entusiasta, sempre presente minha amiga que se tornou minha namorada. Para ela minha gratidão por seus ensinamentos, carinho e incentivo.

Aos participantes da banca de projeto professores Sergio Bulgacov e Acyr Seleme cujas orientações foram de extrema importância para o entendimento e execução deste estudo.

Aos amigos Augusto, Rodrigo, Edvin, Bonfim, e Vandete pela amizade e incentivo.

Ao irmão Virgílio Balestro pela correção ortográfica e gramatical realizada neste estudo.

*Lembra-Te Senhor de que sou Tua Criatura.  
Lembra-Te de que me fizeste nascer para a vida.  
Eu não existia e tu me concebeste em Tua mente.  
Tu me tiraste do nada, e me deste a graça de  
responder-Te: eu existo.  
Pela tua secreta providência, Tu me guiaste, pela  
estrada da minha existência.  
Dispuseste as etapas da minha caminhada.  
De longe me chamaste a fim de que de perto eu  
Te responda.  
Foi assim que comecei a existir, criatura de tuas  
mãos, argila disforme e imagem do Teu semblante.  
Restaura-me à Tua semelhança, ó Senhor, sem  
me julgar se eu a esqueci.  
Sou frágil em Tuas mãos poderosas, minha  
fraqueza é o sinal da Tua soberania.  
Mas as Tuas mãos são suaves, suaves mesmo  
quando me põem à prova.  
Tuas mãos aliviam e sustentam. Tuas mãos  
castigam e vivificam.  
Eu lhe entregarei a minha vida. O dom que Tu me  
deste, eu confiarei a Ti.  
Lá onde o nada se perde, eu perderei o meu ser.  
Em Ti, ó Senhor, o meu princípio e o meu fim.*

(Papa Paulo VI)

## SUMÁRIO

|   |             |
|---|-------------|
| <b>LISTA DE FIGURAS</b> .....   | <b>X</b>    |
| <b>LISTA DE QUADROS</b> .....   | <b>XI</b>   |
| <b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....  | <b>XII</b>  |
| <b>RESUMO</b> .....   | <b>XIII</b> |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | <b>XIV</b>  |
| <b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....                                     | <b>XV</b>   |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>1</b>    |
| 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....                                     | 3           |
| 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....  | 4           |
| 1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA.....  | 4           |
| 1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....   | 5           |
| <b>2 BASE TEÓRICA</b> .....   | <b>7</b>    |
| 2.1 PRESSÕES AMBIENTAIS.....  | 7           |
| 2.1.1 Pressões Sociais.....   | 9           |
| 2.1.2 Pressões Políticas.....   | 9           |
| 2.1.3 Pressões Instrumentais.....   | 10          |
| 2.1.4 Ambiente Técnico e Institucional.....                                     | 10          |
| 2.1.5 Contexto Institucional de Referência.....                                 | 12          |
| 2.2 AGÊNCIA.....  | 14          |
| 2.2.1 Esquemas Interpretativos.....   | 16          |
| 2.2.2 Acesso a Recursos.....  | 18          |
| 2.3 PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO.....  | 20          |
| 2.4 PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS.....   | 23          |
| 2.5 PRESSÕES AMBIENTAIS, AGÊNCIA E ORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS..... | 26          |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....  | <b>29</b>   |
| 3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....  | 29          |
| 3.1.1 Perguntas de Pesquisa.....  | 29          |
| 3.1.2 Concepção da Pesquisa.....  | 30          |
| 3.1.3 Apresentação das Categorias Analíticas.....                               | 31          |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.1.4 Definição das Categorias Analíticas.....                    | 31        |
| 3.1.5 Definição de Outros Termos Relevantes.....                  | 34        |
| 3.2 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA.....                         | 35        |
| 3.2.1 Delineamento da Pesquisa.....                               | 35        |
| 3.2.2 População e Amostragem .....                                | 36        |
| 3.2.3 Dados: Fontes, Coleta e Tratamento .....                    | 38        |
| 3.2.4 Fontes Secundárias .....                                    | 38        |
| 3.2.5 Fontes Primárias .....                                      | 38        |
| 3.2.6 Tratamento dos Dados.....                                   | 39        |
| 3.2.7 Validade e Confiabilidade.....                              | 40        |
| 3.2.8 Facilidades e Dificuldades na Coleta dos Dados .....        | 41        |
| 3.2.9 Limitações da Pesquisa.....                                 | 42        |
| <b>4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PARTE I.....</b>              | <b>43</b> |
| 4.1 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES .....                               | 43        |
| 4.1.1 Tipos de Hospitais.....                                     | 44        |
| 4.2 SÍNTESE DA SAÚDE NO BRASIL CONTEXTO AMBIENTAL.....            | 46        |
| 4.2.1 Breve Histórico .....                                       | 46        |
| 4.2.2 O Nascimento da Previdência Social .....                    | 48        |
| 4.2.3 Regime Militar e Ações na Saúde Pública.....                | 53        |
| 4.2.4 Sistema Único de Saúde o SUS.....                           | 56        |
| 4.2.5 Normas Operacionais Básicas .....                           | 61        |
| 4.2.6 Hospitais Universitários .....                              | 67        |
| 4.3 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....   | 72        |
| <b>5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PARTE II.....</b>             | <b>76</b> |
| 5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS RELEVANTES .....             | 76        |
| 5.2 PRESSÕES AMBIENTAIS .....                                     | 78        |
| 5.2.1 Primeiro Período (1961-1980) .....                          | 81        |
| 5.2.2 Segundo Período (1981-1995) .....                           | 88        |
| 5.2.3 Terceiro Período (1996-2008) .....                          | 96        |
| 5.2.4 Considerações Sobre os Períodos.....                        | 102       |
| 5.2.5 Influências do Contexto Ambiental .....                     | 108       |
| 5.3 CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REFERÊNCIA .....                    | 113       |
| 5.3.1 Contexto de Referência e os Propósitos Organizacionais..... | 113       |



|  |            |
|--|------------|
| 5.4 AGÊNCIA.....   | 116        |
| 5.4.1 Esquemas Interpretativos Relacionados à Assistência, Ensino e Pesquisa.. | 116        |
| 5.4.2 Atores e recursos organizacionais .....                                  | 121        |
| 5.5 DEFINIÇÃO DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NO HC-UFPR.....                     | 127        |
| <b>6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>                                      | <b>130</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>136</b> |
| <b>8 ANEXOS .....</b>  | <b>142</b> |
| <b>ANEXO 1 ROTEIRO DE ENTREVISTAS .....</b>                                    | <b>142</b> |
| <b>ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS ENTREVISTADOS.....</b>               | <b>144</b> |
| <b>ANEXO 3 CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR .....</b>                      | <b>148</b> |
| <b>ANEXO 4 CARTA DE CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DO HC-UFPR.....</b>               | <b>149</b> |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| FIGURA 1 – PRESSÕES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....                                    | 8  |
| FIGURA 2 – INFLUÊNCIA DO AMBIENTE TÉCNICO E INSTITUCIONAL POR SETOR DE ATIVIDADE ..... | 12 |
| FIGURA 3 – DIMENSÕES DA DUALIDADE DA ESTRUTURA .....                                   | 16 |
| FIGURA 4 – RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS ANALÍTICAS:.....                                | 31 |

## LISTA DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| QUADRO 1 – ANTECEDENTES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....                | 8   |
| QUADRO 2 – OS TRÊS PILARES DAS INSTITUIÇÕES .....                      | 22  |
| QUADRO 3 – SETORES DOS ATORES SOCIAIS RELEVANTES .....                 | 37  |
| QUADRO 4 – INFORMAÇÕES FONTES PRIMÁRIAS .....                          | 39  |
| QUADRO 5 – HISTÓRICO SAÚDE NO BRASIL .....                             | 46  |
| QUADRO 6 – MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE (NOB 01/06).....                 | 65  |
| QUADRO 7 – DADOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR .....                 | 74  |
| QUADRO 8 – TEMPO SERVIÇO DOS ENTREVISTADOS NO HC-UFPR.....             | 77  |
| QUADRO 9 – RESUMO PRESSÕES AMBIENTAIS NO HC-UFPR .....                 | 110 |
| QUADRO 10 – PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES DO - HC-UFPR.....                | 114 |
| QUADRO 11 – DADOS DE ENSINO 2007 - HC-UFPR .....                       | 114 |
| QUADRO 12 – FORMAÇÃO E VÍNCULO DE CONTRATO DOS ATORES SOCIAIS<br>..... | 119 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |     |
|---|-----|
| GRÁFICO 1: CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA.....                          | 80  |
| GRÁFICO 2: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO 1 .....                             | 83  |
| GRÁFICO 3: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS PERÍODO 1 .....                             | 85  |
| GRÁFICO 4: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PACIENTES PERÍODO 1.....                 | 86  |
| GRÁFICO 5: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO 2 .....                             | 89  |
| GRÁFICO 6: NÚMERO DE LEITOS PERÍODO 2 .....                                   | 92  |
| GRÁFICO 7: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PERÍODO 2.....                           | 93  |
| GRÁFICO 8: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS MEC E FUNPAR PERÍODO 2 .....                | 95  |
| GRÁFICO 9: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO 3 .....                             | 98  |
| GRÁFICO 10: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PERÍODO 3.....                          | 99  |
| GRÁFICO 11: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS MEC E FUNPAR PERÍODO 3 .....               | 100 |
| GRÁFICO 12: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO (1961-2008).....                   | 103 |
| GRÁFICO 13: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS MEC E FUNPAR PERÍODO (1961-<br>2008) ..... | 104 |
| GRÁFICO 14: NÚMERO DE LEITOS PERÍODO (1961-2008).....                         | 105 |
| GRÁFICO 15: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PERÍODO (1961-2008) .....               | 106 |
| GRÁFICO 16: CRIAÇÃO DOS CURSOS HC-UFPR.....                                   | 107 |

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar a agência envolvida no processo de institucionalização das práticas organizacionais no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), em face das pressões do contexto ambiental. Para a análise deste processo foram utilizadas as pressões ambientais de aspecto institucional e técnico (instrumentais, sociais e políticas) e a agência dos atores sociais relevantes na instituição, objeto deste estudo. O delineamento de pesquisa utilizado foi do tipo estudo de caso com perspectiva de corte seccional e avaliação longitudinal. Nessa direção, a pesquisa teve duas fases na coleta e análise dos dados. A primeira, qualitativa, na qual se realizou a análise de conteúdo de dados secundários; A segunda, também qualitativa, foi realizada por meio da análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os atores sociais identificados como relevantes no processo de institucionalização das práticas organizacionais. Como resultado, apontam-se evidências de que as mudanças no contexto ambiental condicionaram a definição das práticas no HC-UFPR, especialmente por pressões sociais, ocorridas na trajetória de sua existência. As influências ambientais, analisadas em três períodos, permitiram apontar que, no primeiro período de (1961-1980), a ênfase da instituição era fortemente orientada para o propósito de sua criação, ensino e pesquisa, com as primeiras influências ambientais para a produção de serviços ocorridas na década de 1970, que representaram o início do processo que destacaria mais tarde a ênfase assistencial. O segundo período, de (1981-1995), representou as principais pressões sociais e políticas, que condicionaram o foco do atendimento do HC-UFPR para pacientes previdenciários, enfatizando a assistência. No terceiro período (1996-2008), aponta-se a adequação da instituição às pressões sociais, políticas e instrumentais, na busca por sua sobrevivência. Com iniciativas voltadas para a eficiência no atendimento, buscou-se atender toda a demanda do (SUS). A adequação a normas e procedimentos e a busca por recursos recebidos pelos procedimentos prestados, condicionaram sua estrutura e práticas para a assistência. Desta forma, observa-se que o aspecto institucional do ambiente moldou o aspecto técnico; ambos atuaram com grande influência sobre as práticas da instituição. Um ponto importante é que, embora existam grupos na instituição com esquemas interpretativos divergentes, relacionados aos propósitos assistência, ensino e pesquisa, os atores sociais, identificados como relevantes no processo de institucionalização das práticas, agiram em aquiescência às principais mudanças ambientais, mantendo os valores pertencentes a cada grupo (acadêmicos e assistencialistas). A agência destes atores, nesta dinâmica de pressões, interpretação e ação, foi condicionada pelo caráter regulativo das mudanças do contexto ambiental que influenciaram a instituição a aumentar o número de atendimentos, servindo aos interesses do (SUS). Assim, verifica-se que as definições das práticas do HC-UFPR foram condicionadas pelas pressões ambientais, fato este que gerou um descompasso nos propósitos da instituição, o atendimento da demanda social sobrecarregou a estrutura para ensino e pesquisa. Estas mudanças foram impostas, sem examinar os propósitos da instituição e suas particularidades, obedecendo a interesses políticos.

**Palavras-chave:** Hospitais Universitários, Institucionalização, agência, práticas organizacionais.

## ABSTRACT

The present study had the objective of verify the process of agency involved in the process of institutionalization of the organizational practices of the Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, in face of the pressures of the environmental context. For the analysis this process was applied the typologie: the institutional and technic aspects of the environment, through the pressures (functional, political and social) and the agency of the relevant social actors in the institution, object of this study. The research design used was case study with sectional cut and longitudinal evaluation perspective. Thus, this research had two fases in the collection and analysis of the data. The first, qualitative, with analysis of content of secondary dates; and second, also qualitative, with analysis of content of the interviews. As results, evidences are pointed that the changes in the environmental context conditioned the definition of the practices of HC-UFPR, especially, for social pressures, happened in the path of existence of the institution. The environmental influences, analyzed in three periods allowed to appear that in the first period of (1961-1980) the emphasis of the institution was guided strongly for the purpose of his creation, teaching and research, with the first environmental influences for the production of services happened in the decade of 1970, that the beginning of the process that would detach the emphasis attendance later acted. The second period of (1981-1995) it represented the main social and political pressures, that they conditioned the focus of the service of HC-UFPR for providence patient, emphasizing the attendance. In the third period (1996-2008) it is pointed adequacy of the institution to the social pressures, politics and instrumentals, in the search for its survival. With initiatives directed toward the efficiency in the service, seeking to serve all demand of (SUS). The adequacy the norms and procedures and the search for resources received for the given procedures, conditioned its structure and practical for the assistance. In such a way, it is observed that the institutional aspect of the environment molded the aspect technic, and both had acted with great influence on the practical ones of the institution. An important point is that, exists groups in the institution with divergent interpretative scheme, related to the intentions assistance, education and research, the social actors, identified as relevant in the process of institutionalization of the practices, had even so acted in acquiescence the main ambient changes, maintaining the values belonging to each group. The agency of these actors, in this dynamics of pressures, interpretation and action, was conditioned by the regulative character of the changes of the environmental context, that had influenced the institution to increase the number of services, serving to the interests of (SUS). Thus, it is verified that the definitions of the practices of the HC-UFPR were conditioned for the environment pressures, fact this, that it generated a divergence in the purposes of the institution, the service of the social demand overloaded the structure for education and research. These changes were imposed, without examining the purposes of the institution and their particularities, obeying political interests.

**Key-words:** Academicals hospitals, Institutionalization, agency, organizational practices.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde  
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
CONASS – Associação dos Secretários de Saúde Estaduais  
CONASEMS – Associação dos Secretários de Saúde Municipais  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DENERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DNS – Departamento Nacional de Saúde  
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FUNPAR – Fundação da Universidade Federal do Paraná  
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
HC-UFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná  
HU – Hospital Universitário  
IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB – Produto Interno Bruto  
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência  
SIUFH – Sistema de informação dos Hospitais Universitários Federais  
SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública  
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFPR – Universidade Federal do Paraná

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 dedicou à Saúde uma Seção no Capítulo da Seguridade Social. O texto constitucional configura saúde como direito de todos e dever do Estado, sob a garantia do desenvolvimento de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças, quanto para o acesso universal e igualitário das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do SUS (Sistema Único de Saúde).

Esse marco constitucional gerou as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), o Decreto 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas – NOBs, editadas em 1991, 1993 e 1996, importantes instrumentos de regulamentação no que se refere à saúde, no Brasil.

A Lei 8.080/90, em especial, foi responsável pela regulamentação do SUS, que é um dos responsáveis pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde. Vale ressaltar que o SUS agrega todos os serviços públicos (de níveis federal, estadual e municipal) além dos serviços privados, quando credenciados por contrato ou convênio (WORLD BANK, 1998).

O sistema de serviços de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de provedores e financiadores que abarca tanto o segmento público quanto o privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos três níveis de governo; no nível federal é composto pelo Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), pelos Hospitais Universitários do Ministério da Educação e pelos serviços próprios das Forças Armadas. Já os níveis estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios correspondentes às suas respectivas instâncias.

A cobertura dos serviços públicos de saúde, complementada pela assistência prestada pelos serviços privados, contratados pelo governo, sob a responsabilidade do SUS, chega a alcançar 75% da população. O segmento exclusivamente privado compreende os serviços lucrativos pagos diretamente pelas pessoas às instituições provedoras de planos e seguros privados. Na área hospitalar, o sistema se baseia predominantemente no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas, uma vez que 80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviço ao SUS são privados. Por outro lado, 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos (WORLD BANK, 1998).



O SUS, ao longo de sua existência sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de recursos.

Ainda no que se refere aos hospitais universitários, o Acórdão do TCU. Nº 130.204/2000-8 de 11/08/2004, estabelece: “Todos os Hospitais Universitários Públicos integrantes que são da administração indireta, integram incondicionalmente o Sistema Único de Saúde, independentemente da vontade de seus dirigentes”.

Neste cenário os hospitais universitários constituem importantes centros de formação de recursos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de atendimento, colocados à disposição do SUS. No país, atualmente, existem 45 hospitais vinculados, pertencentes a 30 Instituições Federais de Ensino, localizados em 21 estados da União e no Distrito Federal.

No entanto, um dos problemas mais sérios que se apresentam dentro do sistema de saúde brasileiro diz respeito a estes hospitais universitários, principalmente no que se refere à escassez de recursos e fontes de financiamento.

Isto porque os hospitais universitários, por meio das universidades às quais estão vinculados, têm sido obrigados a recorrer às fundações de apoio para contratação de pessoal, utilizando para tanto recursos do SUS, que deveriam ser utilizados na melhoria da infra-estrutura do próprio hospital. O processo, acima identificado, é histórico e estrutural, ocorrendo em todos os 45 hospitais universitários públicos do país (ABRAHUE, 2007).

A diminuição do financiamento, via governo federal, acaba fazendo com que os hospitais busquem mais dinheiro via SUS, assumindo para isso metas impossíveis de serem cumpridas. Começa também a busca de financiamento através de doações (BERNARDO, 2007).

Este panorama gera uma dívida progressiva para os hospitais universitários, com fornecedores de medicamentos e equipamentos, que já passa de R\$ 440 milhões de reais, no país.

Há que se destacar também a relação delicada estabelecida entre os Ministérios da Educação e da Saúde, uma vez que para o MEC seria melhor que o

espaço e o número de leitos dos hospitais diminuíssem, enquanto para o Ministério da Saúde tal processo não pode ocorrer (ABRAHUE, 2007).

Neste contexto, surge o objetivo do presente estudo que consiste em verificar como em um Hospital Universitário os atores sociais relevantes influenciaram as práticas organizacionais em face do contexto ambiental, consideradas as pressões sociais, políticas e instrumentais, de acordo com suas interpretações deste contexto.

Pretende-se ainda identificar esses atores sociais relevantes procurando relacionar sua capacidade de agência definida como “habilidade de ter algum efeito sobre o mundo social, alterando as regras ou a distribuição de recursos através da interpretação” (GIDDENS, 2003, p.10) com as práticas organizacionais que são assistenciais e educacionais.

Para tanto, o objeto de estudo desta pesquisa é o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), que hoje é o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários do país.

O HC-UFPR começou a ser construído em 1949, dando início às suas atividades em julho de 1961. Já na sua concepção pensava-se no HC-UFPR como um hospital escola, motivo que influenciou sua escolha para os fins desta pesquisa.

Desta forma, considerando que a interpretação dos atores sociais, a sua capacidade de agência em face das pressões do contexto ambiental, influenciam as orientações das práticas organizacionais, propõe-se o seguinte problema de pesquisa.

## 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

***Como os atores sociais relevantes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná influenciaram a institucionalização das práticas organizacionais, em face das pressões do contexto ambiental no período de 1961 a 2008?***

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo central desta proposta de trabalho consiste em verificar como os atores sociais relevantes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de acordo com sua capacidade de agência, (esquemas interpretativos e acesso a recursos) orientaram suas práticas em termos de assistencialismo e ensino e pesquisa, em face das pressões do contexto ambiental, no período compreendido entre 1961 e 2008.

Para se alcançar este objetivo, o estudo desdobra-se nos seguintes objetivos específicos:

- 1) Identificar os atores sociais relevantes na organização.
- 2) Descrever o contexto ambiental da área da saúde e hospitais universitários no Brasil.
- 3) Identificar o contexto institucional de referência do HC-UFPR, na perspectiva dos atores sociais relevantes na organização.
- 4) Identificar quais os esquemas interpretativos destes atores sociais relevantes identificados na organização.
- 5) Verificar o acesso dos atores sociais relevantes identificados aos recursos organizacionais.
- 6) Verificar a influência dos atores sociais relevantes na institucionalização das práticas organizacionais do HC-UFPR, em face das pressões do contexto ambiental.

## 1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

O presente estudo busca analisar como as práticas organizacionais foram institucionalizadas na organização hospitalar, considerando seu papel fundamental na prestação de serviços e no âmbito das práticas da formação em saúde.

Esta pesquisa justifica-se teoricamente, quanto à sua importância, para que melhor seja compreendida a interação dos diferentes atores sociais em uma

organização como o Hospital Universitário, que sofre tanto pressões ambientais em termos assistencialistas, quanto em relação ao ensino e à pesquisa.

Este estudo torna-se relevante, ao passo que observa a relação entre a definição de práticas organizacionais e as pressões do contexto ambiental, verificando, assim, o papel da agência no processo de institucionalização destas práticas.

Os resultados esperados do presente estudo podem contribuir para que os vários atores sociais envolvidos na administração de hospitais, em especial de hospitais universitários, possam melhor conhecer os processos de natureza simbólica que intermedeiam as relações entre as organizações e o contexto que as cerca (CRUBELLATE, 1997).

As informações colhidas e exploradas ao longo deste estudo podem, ainda, ser úteis para os atores sociais na elaboração de estratégias ou políticas futuras que garantam o atendimento dos propósitos da organização.

#### 1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação foi organizada em seis capítulos. O primeiro compreende a introdução ao tema de estudo proposto, seguido pela apresentação do problema de pesquisa, objetivos geral e específicos, bem como pelas justificativas teórica e prática para a sua realização.

O segundo capítulo apresenta a base teórica relacionada ao tema, subdividida em cinco seções; são elas: 1) Pressões ambientais. 2) Agência. 3) Processo de institucionalização. 4) Práticas organizacionais. 5) a interação das categorias de análise trabalhadas na base teórica e as relações que podem ser observadas entre elas.

No terceiro capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a execução dos propósitos deste estudo. Na sequência, são apresentadas as categorias analíticas, bem como suas definições constitutiva e operacional. No delineamento de pesquisa, são apontados os critérios utilizados

para a delimitação da população, amostra, coleta, tratamento dos dados e as limitações da pesquisa.

A apresentação, análise e discussão dos dados coletados foi subdividida em duas partes: capítulo quatro – apresentação do contexto ambiental da saúde no Brasil, constituída pela primeira fase da coleta de dados, em que foram utilizados os dados secundários; capítulo cinco – pressões do contexto ambiental, contexto institucional de referência, agência e práticas organizacionais, com base na segunda fase da coleta de dados, na qual se obtiveram os dados primários por meio de entrevistas semiestruturadas.

O sexto capítulo apresenta as considerações finais deste estudo, contendo conclusões, comentários e reflexões, bem como apontando perspectivas para pesquisas futuras.

No final, são relacionadas as referências bibliográficas utilizadas e a lista de anexos.

## 2 BASE TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a base teórica utilizada para os propósitos deste estudo. Como já mencionado, foi dividida em cinco seções; são elas: 1) Pressões ambientais. 2) Agência. 3) Processo de institucionalização. 4) Práticas organizacionais. 5) A interação das categorias de análise trabalhadas na base teórica e as relações que podem ser observadas entre elas.

### 2.1 PRESSÕES AMBIENTAIS

Segundo Berger e Luckmann (2004), a realidade é socialmente construída pelo homem e se lhe apresenta como um mundo intersubjetivo, ou seja, objetivação localizada espaciotemporalmente, cuja interiorização após a objetivação dependerá da forma como o ator social interpretará esta realidade, apreendendo-a ao mesmo tempo em que a produz.

Esse processo de interpretação reflete nas práticas organizacionais em função das crenças e valores compartilhados (CRUBELLATE e MACHADO-DA-SILVA, 1999). O sistema de poder articulado a estes valores e crenças compõe o esquema interpretativo que, junto com o ambiente, influenciam a ação dos atores sociais (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 1999).

Uma vez que as organizações são interdependentes e imersas no contexto ambiental, e considerando que desta relação subsiste sua existência, as estruturas e estratégias organizacionais se tornam suscetíveis às pressões ambientais (SEIFERT JUNIOR, 2004).

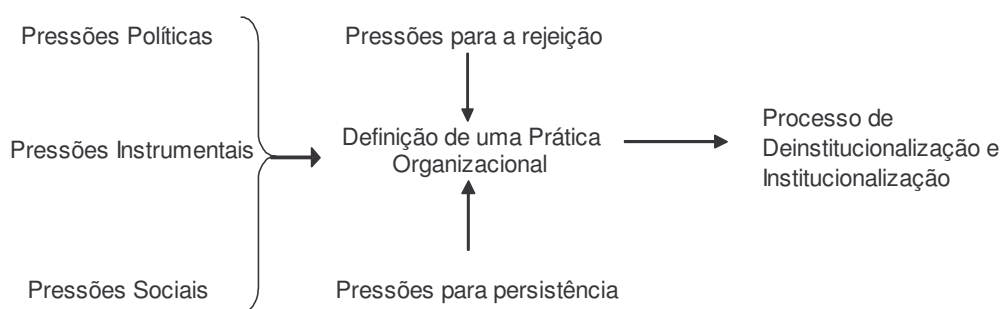
Além de condicionar a sobrevivência organizacional, mecanismos de pressões sociais, políticos e instrumentais, dentro e fora da organização, são propostos como condicionantes da existência de práticas organizacionais, principalmente no sentido de desinstitucionalizá-las (OLIVER, 1992).

Pressões de entropia e inerciais são propostas como inerentes a processos competitivos em organizações que moderam a taxa de desinstitucionalização. A entropia organizacional tende a acelerar o processo de desinstitucionalização; já a inércia organizacional tende a impedir que isso ocorra. Essas cinco pressões juntas

condicionam a probabilidade de dissipação ou rejeição de uma prática organizacional institucionalizada (OLIVER, 1992).

No entanto observa-se que a desinstitucionalização de práticas organizacionais é um processo que antecede a institucionalização de novas práticas; então, considera-se que estas mesmas pressões condicionam o processo de institucionalização das práticas organizacionais, conforme a figura 1:

FIGURA 1 – PRESSÕES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO



FONTE: Adaptado de Oliver, C. *The antecedents of deinstitutionalization*. **Organizational Studies**, v. 13, n. 4, p 563-588, 1992. p. 567.

No quadro a seguir são apresentadas algumas características das pressões sociais, políticas e instrumentais.

QUADRO 1 – ANTECEDENTES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

| Nível de Análise | Pressões Sociais                                  | Pressões Políticas                   | Pressões Instrumentais                  |
|------------------|---|--------------------------------------|---|
| Organização      | Aumento em fragmentação social                    | Aumento nas crises de desempenho     | Mudança na utilidade Econômica          |
|                  | Rompimento na continuidade histórica              | Interesses Internos conflitantes     | Aumento da especificação técnica        |
| Ambiente         | Mudança nos valores ou regras institucionalizadas | Aumento das pressões para a inovação | Aumento da competitividade por recursos |
|                  | Aumento na desagregação estrutural                | Mudança nas dependências externas    | Dados ou eventos emergentes             |

FONTE: Oliver, C. *The antecedents of deinstitutionalization*. **Organizational Studies**, v. 13, n. 4, p 563-588, 1992. p. 567.

Nos subtópicos seguintes cada uma destas pressões é descrita com maiores detalhes.

### 2.1.1 Pressões Sociais

As pressões sociais podem explicar muitas das condições sob as quais as organizações não são nem agentes proativos da institucionalização, nem pretendem centralmente abandonar ou rejeitar tradições institucionais particulares. Essas condições incluem a fragmentação normativa de uma organização, resultados de mudanças organizacionais, rupturas na continuidade histórica, mudanças nas leis ou expectativas societárias que proíbem ou desencorajam a perpetuação de uma prática institucional, além das mudanças estruturais para a organização ou o ambiente no qual a organização reside, que desagrega as normas e valores coletivos (GRAEFF, 2005).

Essas pressões sociais são aquelas associadas com a diferenciação de grupos e a existência de crenças ou práticas heterogêneas divergentes ou discordantes.

### 2.1.2 Pressões Políticas

Segundo Oliver (1992) as pressões políticas são aquelas decorrentes das crises de desempenho; da divergência das crenças dos participantes em relação ao statu quo; da pressão para adotar práticas inovativas; e da redução dos constituintes que apóiam as práticas usuais.

Considerando que o consenso entre os atores sobre os significados, valores ou validade de uma forma organizacional ou uma atividade é a condição fundamental para a continuidade das práticas institucionais, o desenvolvimento do dissenso político ou do conflito de interesses, que quebram a unanimidade do acordo entre os membros organizacionais, sobre o valor de uma prática particular, será um antecedente crítico para a desinstitucionalização.

Assim, de acordo com Scott (2001), as pressões políticas são aquelas resultantes da mudança de interesse ou da distribuição de poder subjacente que dão suporte aos arranjos institucionais existentes.



### 2.1.3 Pressões Instrumentais

Segundo Oliver (1992), as pressões instrumentais estão relacionadas com as considerações técnicas ou funcionais que comprometem ou levantam dúvidas sobre o valor instrumental de uma prática institucionalizada, considerando que uma prática institucionalizada é aquela que possui valor intrínseco ou legitimidade que supera as exigências técnicas.

Ainda de acordo com esta autora, as pressões instrumentais ocorrem: (1) quando as recompensas instrumentais para a conformidade são revistas; (2) quando há aumento na conscientização das especificações técnicas, demandas por eficiência e recursos; (3) quando as competições de domínio e as práticas institucionais se tornam cada vez mais incompatíveis com os objetivos econômicos e técnicos; e (4) quando eventos e dados dissonantes desestabilizam ou violam os pressupostos e princípios organizacionais tradicionais. Nessas condições, a necessidade funcional de uma atividade institucionalizada será seriamente questionada, e a sua utilidade presumida será provavelmente desafiada ou amplamente rejeitada mais no âmbito econômico do que no político para acomodar mudanças em distribuições de poder ou interesses.

Distinguem-se amplamente entre aspectos institucionais e recursos materiais do ambiente. O institucional inclui os fatores simbólicos e culturais que afetam as organizações; o técnico comporta os aspectos materialistas, baseados nos recursos (SCOTT, 2003).

### 2.1.4 Ambiente Técnico e Institucional

O aspecto técnico do ambiente é aquele cuja dinâmica de funcionamento se desencadeia por meio da troca de bens ou serviços, de modo que as organizações que nele se incluem são avaliadas pelo processamento tecnicamente eficiente do trabalho; logo o controle ambiental é exercido sobre os resultados em termos de quantidade e qualidade, modelando as organizações por meio de um isomorfismo competitivo (DIMAGGIO e POWELL, 1983; 1992; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1997).

Já o aspecto institucional caracteriza-se, por sua vez, pela elaboração e difusão de regras e procedimentos que proporcionam às organizações legitimidade e suporte contextual. Nesse caso, o controle ambiental incide sobre a adequação da forma organizacional às pressões sociais, resultando em isomorfismo institucional. Sob condições de incerteza, as organizações sujeitam-se a exigências governamentais, copiam estruturas e práticas, ou implementam medidas genericamente aceitas em redes profissionais (DIMAGGIO e POWELL, 1983; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1999).

Reconhecendo que o aspecto técnico do ambiente é estruturado e moldado pelos fatores institucionais, é necessário utilizá-lo para distinguir os controles associados com estes dois aspectos técnico e institucional.

O aspecto técnico permite o uso de controles baseados nas características da produção. O produto pode ser avaliado nos termos relativos a custos ou qualidade, dando origem ao controle de resultados. Estes, por sua vez, são os tipos de controle que tendem a ser associados com a racionalidade instrumental.

O aspecto institucional do ambiente enfatiza a extensão em que as organizações são conformadas nas normas da racionalidade formal. No caso dos hospitais escola, ambos os controles, técnico e institucional, atuam com grande força (figura 2).

Essa tipologia das dimensões ignora a possibilidade do jogo de poder e políticas. Algumas organizações em cada tipo de ambiente atingem mais recursos pelo exercício do monopólio ou poder político do que pela conformidade com as demandas institucionais ou ainda pelo efetivo desempenho técnico (SCOTT, 2003).

FIGURA 2 – INFLUÊNCIA DO AMBIENTE TÉCNICO E INSTITUCIONAL POR SETOR DE ATIVIDADE

|                  |       | Controle Institucional   |                                  |
|------------------|-------|--|----------------------------------|
|                  |       | Forte  | Fraco                            |
| Controle Técnico | Forte | Serviços de utilidade pública,<br>Bancos, Hospitais.               | Indústrias em geral              |
|                  | Fraco | Clínicas de saúde mental,<br>Escolas,<br>Orgãos públicos, Igrejas. | Restaurantes,<br>Clubes de Lazer |

Fonte: Adaptado de Scott, W.R. *Organizations: rational, natural, and open systems*. 5th. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2003. p. 140.

Na abordagem institucional considera-se que as organizações e ambientes interpenetram-se e constroem-se mutuamente. De acordo com Fonseca e Machado-da-Silva (2002, p.103), “as organizações estão imersas em ambientes dos quais elas retiram e a eles transmitem modos adequados de ação”.

Contra o determinismo ambiental de outras abordagens, essa consideração abre espaço para uma análise que englobe aspectos relativos tanto à ação quanto à interpretação, admitindo que as organizações constroem uma representação cognitiva de seu ambiente e que possuem capacidade de alterá-la, observando-se a sua interdependência com a organização (SCOTT, 2003).

#### 2.1.5 Contexto Institucional de Referência

As pessoas percebem, identificam e interpretam os componentes da sua realidade. Esse conjunto de interpretações é mentalmente elaborado e arquivado em esquemas interpretativos, cujos elementos constitutivos vão permitir a compreensão dos significados das prescrições ambientais (HININGS e GREENWOOD, 1988; BARTUNEK, 1984; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1995).

Os esquemas interpretativos dos atores sociais oferecem uma explicação sobre como as organizações lidam efetivamente com seus ambientes em mudança, como identificam respostas apropriadas e se renovam.

Barr, Stimpert e Huff (1992) sugerem que os esquemas interpretativos dos atores sociais devem atualizar-se para que se mantenham em sintonia com o ambiente. A ausência de mudança no esquema interpretativo pode resultar no declínio da organização, à medida que impede os atores sociais de perceberem problemas, atrasa mudanças na estratégia e conduz a ações ineficazes no novo contexto (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 1999).

Trabalhos delineados dentro da abordagem institucional têm sugerido a possibilidade de uma divisão analítica do ambiente em diferentes níveis ambientais. A possibilidade de uma divisão analítica em níveis de contexto ambiental, de referência regional, nacional e internacional, decorre “da possibilidade concreta da existência de diferentes valores ou de diferentes significados atribuídos aos mesmos valores pelos atores sociais em diferentes níveis do contexto ambiental” (MACHADO-DA-SILVA e BARBOSA, 2002, p. 9). Tal linha de pensamento sugere que diferentes esferas ambientais denotam diferentes sistemas de crenças e valores (SEIFERT JUNIOR, 2004).

As diferentes interpretações do ambiente podem ocorrer em função do nível do contexto ao qual a organização se referencia. Assim, espera-se uma relação de reciprocidade entre esquemas interpretativos, contextos de referência ambiental e ações organizacionais (MACHADO-DASILVA e BARBOSA, 2002).

A divisão analítica do ambiente em contextos de referência fundamenta-se nos pressupostos da abordagem cognitiva, ou seja, de que o ambiente organizacional constitui uma abstração mental traduzida em padrões de significado e interpretação compartilhados.

Tais abstrações mentais, uma vez compartilhadas, tornam-se sujeitas aos processos de institucionalização; daí a possibilidade de se definirem contextos ambientais de referência.

O uso de tais classificações e sua importância relacionam-se às diferentes possibilidades de resposta às pressões ambientais que as organizações podem desenvolver.

Supõe-se que as diferentes estratégias adotadas pelas organizações podem, de alguma forma, estar relacionadas à interpretação dada ao seu escopo de referência ambiental: regional, nacional ou internacional (SEIFERT JUNIOR, 2004).

## 2.2 AGÊNCIA

A agência representa para um ator social, a habilidade de ter algum efeito sobre o mundo social, alterando as regras ou a distribuição de recursos. Todos os atores sociais, compreendidos individual e coletivamente, possuem algum grau de agência, mas a quantidade de agência varia entre atores sociais, bem como entre os tipos de estrutura social. A própria agência é socialmente estruturada (GIDDENS, 2003).

A capacidade de agir de modo próprio, mesmo diante das condições estruturantes do meio social, está presente na teoria da estruturação do mesmo autor, que considera a agência como a capacidade do agente. Segundo ele, “agência diz respeito a eventos dos quais um indivíduo é perpetrador, no sentido de que ele, em qualquer fase de uma dada sequência de conduta, poderia ter atuado de modo diferente” (GIDDENS, 2003, p.10).

Segundo Sewell (1989), a agência não é oposta à estrutura, mas a constitui. Ser agente significa ser capaz de exercer algum grau de controle sobre as relações sociais em que ele “está preso” (*enmeshed*), e que implica na habilidade para transformar aquelas relações sociais de alguma forma.

Os atores sociais têm o poder para agir com e contra os outros através de estruturas, eles têm o conhecimento de esquemas que informam a vida social e têm acesso a alguma quantidade (*measure*) de recursos humanos e não humanos.

No entanto, a agência não é uniformemente exercida. Diferentes posições sociais (gênero, saúde, prestígio social, classe, etnia, ocupação, geração ou educação) dão acesso ao conhecimento de diferentes esquemas e tipos de recursos, e conseqüentemente diferentes possibilidades de ação transformadora.

A agência é coletiva tanto quanto individual, o que denota competência, intencionalidade e calculabilidade. Ser agente é atuar com propósito (MACHADO-SILVA, FONSECA e CRUBELLATE, 2005).

A estrutura refere-se, em análise social, às propriedades da estruturação que permitem a “delimitação” espaciotemporal em sistemas sociais, as propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais discernivelmente semelhantes por dimensões variáveis de tempo e espaço, e lhes emprestam uma forma “sistêmica”.

Os mais importantes aspectos da estrutura são as regras e os meios recursivamente envolvidos em instituições, sendo estas os aspectos mais duradouros da vida social. As propriedades estruturais dos sistemas sociais referem-se às suas características institucionalizadas, proporcionando “solidez” através do tempo e do espaço.

O domínio da ação humana e a estrutura da dominação correspondem ao poder dos agentes humanos para direcionar suas ações, obtendo consequências desejáveis. O poder é empregado na teoria da estruturação como capacidade transformadora, transformando o mundo social e material.

Uma das principais proposições da teoria da estruturação é que as regras e recursos esboçados na produção e reprodução da ação social são, ao mesmo tempo, os meios de reprodução do sistema: dualidade da estrutura. Têm-se, portanto as regras da vida social como técnicas ou procedimentos generalizáveis aplicados no desempenho /reprodução de práticas sociais (GIDDENS, 2003).

Os sistemas sociais em que a estrutura está recursivamente implicada compreendem as atividades localizadas de atores, reproduzidas espaciotemporalmente.

Analisar a estruturação de sistemas sociais significa estudar os modos como tais sistemas, fundamentados nas atividades cognoscitivas de atores sociais localizados, que se apóiam em regras e recursos na diversidade de contextos de ação, são produzidos e reproduzidos em interação. A dualidade da estrutura é sempre a base principal da continuidade na reprodução social através do tempo e do espaço (GIDDENS, 2003).

FIGURA 3 – DIMENSÕES DA DUALIDADE DA ESTRUTURA



FONTE: Giddens, A. **A constituição da sociedade**. 2. ed. São Paulo. Martins Fontes, 2003. p. 34.

De acordo com Emirbayer e Mische (1998), a agência é temporalmente construída por atores sociais em ambientes estruturais diferentes - os contextos temporo-relacionais de ação - os quais, pela interação de hábito, imaginação, e julgamento, reproduzem e transformam essas estruturas em respostas interativas para os problemas, mudando situações históricas. Portanto a complexidade da agência somente pode ser capturada, quando está situada no tempo, passado (hábito), futuro (imaginar possibilidades) e presente, contextualizando os hábitos passados e projetos futuros.

Neste processo as estruturas institucionais são o meio e o resultado. Elas moldam e são elas mesmas moldadas pelas subseqüentes interpretações e atividades (OLIVER, 1992). Cada organização trabalha com determinada construção do ambiente, levada a efeito por pessoas chave, que serão os atores sociais relevantes nesta pesquisa. Assim se busca a relação entre a capacidade de agência e as práticas organizacionais, analisando como essas pessoas chave (atores sociais) interpretam o ambiente através de seus esquemas interpretativos.

### 2.2.1 Esquemas Interpretativos

Entende-se por esquemas interpretativos o conjunto de idéias, crenças e valores que dão ordem e coerência às estruturas e sistemas em uma organização,

fornecendo orientação para as suas atividades (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000).

Existem três principais vetores de atividade que estabelecem referências para (a) o domínio apropriado de operações, ou seja, a natureza ampla dos propósitos organizacionais ou sua missão; (b) os apropriados princípios de organização; e (c) o critério de avaliação do desempenho apropriado dentro da organização (HININGS e GREENWOOD, 1988).

Os esquemas interpretativos são específicos para cada organização. Assim, por mais que forças isomórficas pressionem no sentido da homogeneização (da estrutura e da ação organizacional), dentro de um mesmo nicho populacional, sempre haverá diversidade em virtude da especificidade dos esquemas interpretativos (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000).

A influência dos indivíduos e dos grupos que atuam nas organizações depende do tipo de relação que se estabelece com o esquema interpretativo prevalecente.

Assim, o predomínio de determinado esquema interpretativo bem como a extensão do comprometimento dos atores sociais decorrem, portanto, das relações de poder existentes, estando estas particularmente associadas à vinculação entre valores e crenças.

Embora a estrutura organizacional implique a delimitação da hierarquia e do controle, tal articulação orienta a obtenção de vantagens e privilégios. Diversos grupos procuram fazer com que seus valores e crenças predominem e, à medida que são bem sucedidos, esses valores e crenças se tornam referência para a ação de outros atores sociais organizacionais, que podem compartilhá-los ou não.

O processo de dominação ocorre porque a dinâmica organizacional possibilita aos grupos participantes disseminarem suas províncias de significado.

Desse modo, se as propostas de determinado grupo são implementadas e obtêm resultados positivos, abre-se a possibilidade de que sua província de significado seja institucionalizada, convertendo-se no padrão dominante de interpretação e de orientação da conduta dos atores organizacionais (HININGS e GREENWOOD, 1988; MACHADO-DASILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000).

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, observa-se a interação de vários grupos profissionais com esquemas interpretativos distintos;



como, por exemplo, médicos, médicos professores, enfermeiros, administradores etc.

Os esquemas interpretativos dos atores sociais oferecem uma explicação sobre como as organizações interpretam as pressões do contexto ambiental e lidam efetivamente com essas pressões, como identificam respostas apropriadas e se renovam.

Nas organizações hospitalares a mudança dos esquemas interpretativos dos atores sociais pode acompanhar as demandas do contexto ambiental por serviços de qualidade e pela formação de profissionais, buscando garantir o equilíbrio entre as pressões do ambiente e as necessidades da organização.

### 2.2.2 Acesso a Recursos

As posições sociais são constituídas estruturalmente como interseções específicas de significação, dominação e legitimação que se relacionam com a tipificação dos atores sociais. Uma posição social envolve a especificação de uma “identidade” definida numa rede de relações sociais, sendo esta identidade, porém, uma “categoria” à qual concerne certa gama de sanções normativas. Toda interação social está situada no tempo e no espaço (GIDDENS, 2003).

Na organização hospitalar cada ator social de acordo com seu posicionamento, gênero, prestígio social, classe, etnia, ocupação, geração ou educação tem acesso ao conhecimento de diferentes esquemas e tipos de recursos, e conseqüentemente diferentes possibilidades de ação transformadora.

Um dos primeiros autores a utilizar os recursos como atributos organizacionais para análise de desempenho foi Wernerfelt (1984), que já considerava os recursos classificados em tangíveis e intangíveis, podendo ser qualquer coisa que pudesse contribuir para o desempenho da organização.

Consideram-se como recursos de uma organização todos os ativos, capacidades, competências, processos organizacionais, atributos, informações e conhecimentos, entre outros fatores controlados por uma organização (BARNEY 1991).

Barney (1991) ainda propõe que os recursos de uma organização sejam classificados em quatro categorias principais: (i) recursos financeiros; (ii) recursos físicos; (iii) recursos humanos; e (iv) recursos organizacionais.

Como recursos financeiros, Barney (1991) classifica a natureza do capital, os ativos financeiros, o faturamento, royalties, aluguéis, financiamentos ou qualquer outra possibilidade de entrada de capital (valores pecuniários) na organização. Como recursos físicos indica os equipamentos, instalações, localização das operações e, por conseguinte, acesso a matérias-primas.

Já os recursos humanos têm relação direta com as pessoas envolvidas nos processos, compreendendo treinamento, experiência, rede de relacionamentos, inteligência e capacidade cognitiva.

Os recursos organizacionais envolvem a estrutura organizacional e suas formas de poder e comunicação, seu sistema de controle e coordenação, liderança e aspectos informais de suas relações.

Giddens (2003) tratou da relação entre recurso e poder, as facilidades ou recursos, dentro da teoria da estruturação social, exercendo papel moderador entre o poder do ator social e a dominação da estrutura social. Ainda, identifica dois tipos de recursos: os alocativos e os autoritários.

Os recursos alocativos são os recursos materiais, sejam eles naturais ou artefatos criados pelo homem, envolvidos na geração de poder. Já os recursos autoritários são os não-materiais, igualmente envolvidos na geração de poder, mas que resultam do domínio de alguns atores sociais sobre outros.

Essa noção de recursos nos remete à intencionalidade ou não da ação, com base na utilização de recursos, para proveito próprio ou da própria organização. Desta forma, possibilita-se uma dominação da estrutura social, com base no poder, que pode ser tanto instituído pela própria estrutura organizacional, como por cargos e funções exercidos pelo ator social, ou ainda pela detenção de outros recursos que viabilizam a ação.

Diversos autores dedicados ao estudo da visão baseada em recursos defendem que não somente o ambiente em que se situa uma organização condiciona as suas práticas organizacionais e o seu desempenho, como também interfere diretamente na definição destas práticas.

A partir da noção que envolve o constructo esquemas interpretativos entende-se que as organizações desenvolvem sistemas de interpretação específicos e, no caso, apresentam formas e maneiras de reação particulares em face das influências de agentes ou pressões internas e externas.

Neste sentido, entende-se que, embora duas organizações possam compartilhar um único contexto ambiental e estar sujeitas às mesmas pressões e influências ambientais, se diferenciam pelo fato de interpretarem e valorizarem características e informações de seus respectivos contextos internos e externos de forma diversa. Nestes termos, a própria diversidade interpretativa deverá refletir na heterogeneidade de recursos organizacionais (SEIFERT JUNIOR, 2004).

Analisando esquemas interpretativos, posicionamento e acesso a recursos, busca-se compreender como os atores sociais relevantes na organização, influenciaram as práticas organizacionais.

### 2.3 PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Entende-se por institucionalização o processo de transformar crenças e ações em regras de conduta social, ao longo do tempo, por influência de mecanismos de aceitação e reprodução, pelos quais tais regras se tornam padrões e passam a ser visualizadas como rotinas naturais, ou concepções amplamente compartilhadas da realidade (BERGER e LUCKMANN, 2001; MEYER e ROWAN, 1991; MACHADO-DASILVA e FONSECA, 1999).

Toda atividade humana está sujeita ao hábito. Qualquer ação frequentemente repetida torna-se moldada em padrão que pode ser reproduzido com economia de esforço e que é apreendido pelo executante como tal padrão. Este processo de formação de hábitos precede toda a institucionalização.

A legitimação não é necessária na primeira fase da institucionalização, quando a instituição é simplesmente um fato que não exige nenhum novo suporte, nem intersubjetivamente nem biograficamente. É evidente para todas as pessoas a quem diz respeito.

O problema da legitimação surge inevitavelmente, quando as objetivações da ordem institucional têm de ser transmitidas a uma nova geração. Nesse ponto, o

caráter evidente das instituições não pode mais ser mantido pela memória e pelos hábitos do indivíduo. Rompeu-se a história e biografia. Para restaurá-la, tornando assim inteligíveis os aspectos dessa unidade, é preciso haver “explicações” e justificações dos elementos salientes da tradição institucional. A legitimação é este processo de “explicação” e justificação (BERGER e LUCKMANN, 2001).

Ainda, segundo estes autores, é possível distinguir analiticamente os níveis de legitimação, como se explicita a seguir.

- 1) Pertencem ao primeiro nível todas as informações tradicionais simples do tipo: “É assim que se fazem às coisas”; este nível é pré-teórico. Mas é o fundamento do conhecimento evidente, sobre o qual devem repousar todas as teorias subsequentes e, inversamente, que estas devem atingir para serem incorporadas à tradição.
- 2) O segundo nível de legitimação contém proposições teóricas de forma rudimentar. Podem ser encontrados aqui vários esquemas explicativos que relacionam conjuntos de explicações objetivas. Estes esquemas são altamente pragmáticos, referindo-se diretamente a ações concretas.
- 3) O terceiro nível de legitimação contém teorias explícitas pelas quais um setor institucional é legitimado, em termos de um corpo diferenciado de conhecimentos.
- 4) Os universos simbólicos constituem o quarto nível da legitimação. São corpos de tradição teórica que integram diferentes áreas de significação e abrangem a ordem institucional em uma totalidade simbólica. Os processos simbólicos são processos de significação que se referem a realidades diferentes das pertencentes à experiência da vida cotidiana.

A transmissão do significado de uma instituição baseia-se no reconhecimento social desta, como solução permanente de um problema de uma dada coletividade. Por conseguinte, os atores sociais potenciais de ações institucionalizadas devem tomar conhecimento sistematicamente desses significados, o que exige alguma forma de processo educacional.

Os processos institucionais devem ser impressos na consciência do indivíduo. Toda transmissão de significados institucionais implica procedimentos de controle e legitimação (BERGER e LUCKMANN, 2001).

O comportamento humano, de acordo com Scott (2001), é controlado e limitado pelas instituições, uma vez que delimitam as fronteiras legais, morais e culturais, diferenciando as atividades consideradas legítimas das ilegítimas.

Desta forma torna-se essencial o reconhecimento de que as instituições possuem um papel importante no estabelecimento das atividades dos atores, provendo orientações e recursos para atuar, assim como proibições e limitações na ação.

Scott (2001) apresenta três pilares das instituições, que são considerados os seus elementos vitais, formando um *continuum* que vai do consciente para o inconsciente, do que é imposto legalmente ao que é dado como verdadeiro. A seguir são apresentados esses elementos e suas dimensões.

#### QUADRO 2 – OS TRÊS PILARES DAS INSTITUIÇÕES

|                             | <b>Regulativos</b>     | <b>Normativo</b>         | <b>Cognitivo</b>                                    |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------|---|
| <b>Base da Conformidade</b> | Utilidade              | Obrigações Sociais       | Pressupostos  |
| <b>Mecanismos</b>           | Coercitivos            | Normativo                | Mimético  |
| <b>Lógica</b>               | Instrumentalidade      | Adaptação                | Ortodoxa  |
| <b>Indicadores</b>          | Regras, leis e Sanções | Certificação e Aceitação | Predomínio e Isomorfismo                            |
| <b>Base da Legitimidade</b> | Legalmente Sancionado  | Moralmente Governado     | Culturalmente Sustentado<br>conceitualmente Correto |

FONTE: Scott, W. R. *Institutions and Organizations*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2001. p. 51.

Embora regras, normas e crenças culturais sejam ingredientes centrais das instituições, o conceito deve incluir o comportamento associado e recursos materiais. Regras, normas e significados surgem na interação e são preservados e modificados pelo comportamento humano (SCOTT, 2001).

O processo do pilar regulativo se dá através de um conjunto de regras, monitoramento e sanção de atividades. Neste conceito, o processo regulativo envolve a capacidade de estabelecer regras, inspecionar os outros em conformidade com elas, como necessário, manipular sanções – recompensas ou punições – na tentativa de influenciar o comportamento futuro.

O pilar normativo inclui valores e normas. Valores são concepções de preferência, o que é desejável, junto com a construção de padrões nos quais as estruturas existem e o comportamento pode ser comparado e avaliado. Normas especificam como as coisas devem ser feitas. Sistemas normativos são tipicamente vistos, como posição de restrição ao comportamento humano, mas ao mesmo tempo eles autorizam e habilitam a ação social.

No pilar cultural cognitivo a ênfase é dada às concepções compartilhadas que constituem a natureza da realidade social e a estrutura através da qual os significados são feitos. Os processos interpretativos internos são moldados por estruturas culturais externas.

A legitimidade é uma percepção generalizada ou a suposição de que as ações de uma entidade são desejáveis, adequadas ou apropriadas, dentro de um sistema construído socialmente através de normas, valores, crenças e definições. As bases da legitimidade associadas com os três elementos são diferentes e podem, às vezes, estar em conflito.

Mesmo sendo função das instituições prover estabilidade e ordem, elas mesmas passam por mudanças, incrementais e revolucionárias. Assim, devem-se incluir não somente as instituições como propriedade ou estado de uma ordem social existente, mas também como processo, incluindo os processos de institucionalização e desinstitucionalização (SCOTT, 2001).

## 2.4 PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS

As práticas sociais são ações individuais recorrentes e regularizadas dentro de um sistema social. Enquanto criam e recriam esse sistema. São analisadas ainda, como uma série de atos, “produzidos”, como formas constituídas de interação, envolvendo a comunicação de significado; como estruturas constituídas que pertencem a “coletividades” ou “comunidades sociais” (GIDDENS, 1976, 1978).

De acordo com Rouse (2007), as práticas se dividem em regularistas e causais, participantes em uma “prática” repetem o mesmo desempenho ou similar em um senso que é objetivo ou descrito não intencionalmente; como, por exemplo, o hábito (BOURDIEU, 1990). Prática regulista: são atos identificáveis por suas

pressuposições comuns; como, por exemplo, os paradigmas – pressuposições compartilhadas por todos os participantes em uma comunidade. Já a prática causal é o complexo padrão de interação entre desempenhos ao longo do tempo.

Whittington (2006) mostra que teóricos estão interessados em saber como o ‘campo social’ (BOURDIEU, 1990), ou ‘sistemas sociais’ (GIDDENS, 1984) definem as práticas – entendimentos compartilhados, regras culturais, linguagens e procedimentos – que guiam e capacitam a atividade humana. Para Reckwitz (2003) práticas sociais – não localiza o “social” na mente, nem no discurso, tampouco na interação. O “social” está nas práticas.

Práticas organizacionais são atividades sistematizadas e costumeiras consideradas importantes pela organização ou pelos seus membros. São “teorias em uso”, que indicam os típicos comportamentos /procedimentos adotados pelos membros de uma organização (VERBEKE, 2000). Durante o processo de socialização dentro da organização, os empregados desenvolvem estas “teorias em uso” ou adquirem um “sentimento pelo jogo”, permitindo-os a agir, reagir e improvisar em situações específicas (BOURDIEU, 1990). Este sentimento pelo jogo reflete conhecimento explícito.

Essas práticas se instalam por meio de socialização e estão frouxamente amarradas com os valores centrais da organização. São mais flexíveis e mudam facilmente, porque são afetadas por sistemas de controle e pressões ambientais entre outros: por isso elas precisam de constantes atualizações se quiserem progredir com as mudanças nas organizações. As práticas mudam com os esquemas interpretativos que são afetados por pressões ambientais.

De acordo com Lazaric e Raybaut (2005), práticas são rotinas; estas se definem como um conjunto de informações e conhecimentos utilizados no desempenho de atividades diárias. A noção de rotinas em operação se refere a um tipo de conhecimento que está imbricado nas rotinas que se materializam por meio das práticas organizacionais e são executadas pelos membros da organização.

Implementar uma prática circunda dois elementos: fatores objetivos e concretos e uma dimensão subjetiva. Esse último elemento é explicado pela subjetividade de diversos participantes do processo na descrição e interpretação das práticas, de acordo especialmente com sua posição hierárquica dentro da organização.

As práticas também podem ser classificadas como: convenções, costumes, hábitos e tradições. Além de serem reconhecidas como parte da cultura, é por meio das práticas que ela afeta os membros da organização, razão pela qual as percepções compartilhadas das práticas diárias constituem a essência da cultura organizacional (HOFSTEDE, NEUIJEN, OHAYV, SANDERS, 1990).

Ações práticas e textos são os processos que habilitam as organizações a acessarem politicamente essas duas instâncias, percebidas pelos leigos como estruturas reificadas: discurso e instituições. Mas as ações discursivas e práticas das organizações são moldadas e habilitadas por essas estruturas; em outras palavras, as organizações se utilizam das ações e textos simultaneamente para formação e modificação das instâncias macrosociais do discurso e das práticas institucionalizadas (AMARAL FILHO, MACHADO-DA-SILVA, 2006).

Reckwitz (2002) diz ser necessário distinguir entre 'prática' e 'práticas'. 'Prática' no singular representa um termo enfático para descrever o todo da ação humana: em contraste com 'teoria' e mero pensamento. 'Práticas' no sentido da teoria de práticas sociais, constitui algo a mais.

Uma prática é aqui considerada como um tipo de comportamento rotinizado que consiste em vários elementos interconectados: atividades (mentais e "corporais"); objetos (elementos não humanos); e seu uso, conhecimento, *know-how*, emoções e motivações. Esses elementos são característicos da prática na qual o ator participa, e não do ator. Buscando identificar a ênfase nos propósitos assistência, ensino e pesquisa, e as motivações dos atores sociais relevantes na organização.

Os atores sociais são vistos, portanto, como portadores (*carrier* ou *träger*) de uma ou de várias práticas, isto é, como portador de certas formas rotinizadas de se comportar: mentais e corporais, de entender, de saber, de desejar, de falar, inerentes à prática na qual se engajam, e não deles próprios.

A atividade prática é muito mais uma série de ações coletivas do que simplesmente algo isolado. Por meio das práticas, os atores interagem uns com os outros, compartilhando as atividades e moldando o contexto no qual se inscrevem, promovem novos padrões de atividade e geram, assim, uma idéia de continuidade.



O surgimento de novas práticas dentro da organização provoca tensões com as antigas práticas, conduzindo à sua modificação, embora seja bem provável que alguns resquícios permaneçam nos novos padrões de atividade.

Segundo Barzelay (2006), prática é uma série de atividades organizacionais que une conteúdo e processo, intenção e emergência, pensamento e ação como recíprocos, interconectados e freqüentemente partes indistinguíveis do todo, quando observados.

Considerando as pressões do contexto técnico e institucional dos tipos sociais, políticas e instrumentais, buscou-se compreender como a capacidade de agência dos atores relevantes do HC-UFPR atuou na institucionalização das práticas organizacionais. Na análise das práticas do HC-UFPR, considerou-se a ênfase nos propósitos assistência, ensino e pesquisa, uma vez que as práticas de ensino e pesquisa requerem as práticas de assistência. Sendo assim, como propósito deste estudo verificou-se a ênfase nos propósitos organizacionais, observando mudanças nesta ênfase, pois o hospital foi criado para ser campo de ensino e pesquisa.

Não se pretende com este estudo analisar nenhuma prática em específico. As práticas aqui analisadas referem-se a ações individuais recorrentes e regularizadas dentro de um sistema social, enquanto criam e recriam esse sistema (GIDDENS, 1976). Sendo assim, buscou-se a identificação das práticas “ações recorrentes” para a assistência e educação que foram institucionalizadas no contínuo histórico proposto na problemática deste estudo, em face das pressões do contexto ambiental, verificando o papel da agência neste processo.

## 2.5 PRESSÕES AMBIENTAIS, AGÊNCIA E ORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS

Com o objetivo de integrar os conceitos e noções apresentadas anteriormente, assim como a sua interação, propôs-se um modelo integrativo, no qual se apresentam as categorias de análise e a relação existente entre elas. Em um contínuo de 47 anos desde a criação do HC-UFPR buscou-se levantar as principais pressões (mudanças) no contexto ambiental; e como, através da agência dos atores sociais relevantes, em face destas mudanças, foram definidas as práticas da

organização. Como já citado anteriormente, as práticas no HC-UFPR são interdependentes; então procurou-se identificar a ênfase nos propósitos da organização para a assistência, ensino e pesquisa e se houve alguma mudança na sua lógica de funcionamento. Para isso foram verificadas as crenças e valores relacionados a esses propósitos, que constituem o esquema interpretativo dos atores sociais relevantes.

Como este estudo pretende analisar a dinâmica do processo de institucionalização das práticas organizacionais, bem como verificar se esse processo ocasionou alteração nas crenças e valores dos esquemas interpretativos dos atores e consecutiva mudança na lógica de funcionamento da organização, justifica-se a relação entre as categorias analíticas: influência do contexto ambiental na tipologia de pressões ambientais (OLIVER, 1992), esquemas interpretativos (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000) e orientação das práticas organizacionais (GIDDENS, 1976; AMARAL FILHO, MACHADO-DA-SILVA, 2006; HOFSTEDE, NEUIJEN, OHAYV, SANDERS, 1990).

Considerando que as pressões ambientais podem ter ocasionado mudanças nas práticas do HC-UFPR, mas que devem ser reconhecidas como pressões para que possam ser interpretadas como pressões, justifica-se a utilização da orientação destas práticas, como forma de identificar a atuação da agência no processo de sua institucionalização.

Tal integração pode ser justificada com base no exposto pelos autores Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate, (2005, p.12):

“A prática institucionalizada permanece em estado de equilíbrio provisório e dinâmico: Quanto maior for o seu grau de institucionalização, menor a probabilidade de que seja bruscamente modificada. Por outro lado, mesmo uma prática altamente institucionalizada não é imutável no transcorrer do tempo, já que ela sempre estará vindo à tona no contexto de interações sociais, sendo, portanto, submetida à possibilidade de manutenção ou de alteração em seus aspectos estruturados ou nas ações decorrentes, seus aspectos estruturantes”.

O modelo utilizado neste estudo parte do pressuposto de que a institucionalização é “um processo recorrente (*institutionalizing*), isto é, implica simultaneidade e reciprocidade entre estrutura e agência, condiciona a ação, na

medida em que a delimita e a viabiliza, tornando-a possível (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA E CRUBELLATE, 2005).

Ainda de acordo com Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate, (2005, p.03):

“Cabe aos atores sociais, mediante sua capacidade de agência, a participação no processo de construção social da realidade, a partir de condicionantes estruturais que não apenas constroem, mas também possibilitam a ação social, na medida em que são criados pelos próprios atores sociais por meio do compartilhamento subjetivo de interpretações”.

A orientação das práticas organizacionais, como representação da capacidade de agência, é caracterizada pela decisão pré-consciente e consciente, que podem tanto reproduzir, como modificar uma instituição. Os atores se comportam de acordo com sua percepção de como as coisas são (BARLEY; TOLBERT, 1997).

Assim, novas pressões podem surgir, com o passar do tempo; algumas podem somente evoluir, mantendo ou não a sua natureza inicial. As orientações das práticas organizacionais no HC-UFPR modificam-se conforme a intensidade das pressões dos aspectos técnico e institucional do ambiente e os efeitos por eles provocados. Nesta direção, novas pressões ambientais podem incidir, resultando em comportamentos distintos nas orientações destas práticas (GRAEFF, 2005).

Neste sentido, pode-se afirmar que será utilizada uma ótica multiparadigmática, pois “nessa perspectiva, estrutura e agência se conectam de modo recursivo, com base na interpretação enquanto mecanismo cognitivo básico, que possibilita a reciprocidade entre tais elementos e, em consequência, sua simultaneidade na prática social, além do desenvolvimento do processo ao longo do tempo” (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA E CRUBELLATE, 2005, p.13). O capítulo seguinte descreve a metodologia que foi utilizada para atender aos propósitos deste estudo.

### 3 METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a abordagem metodológica utilizada para verificação da dinâmica entre as categorias analíticas da pesquisa, que resultaram na definição das práticas organizacionais. A seguir, são apresentadas a especificação do problema de pesquisa, as perguntas de pesquisa, coleta, tratamento e análise dos dados e o apontamento das limitações da pesquisa, com o intuito de delimitar o seu escopo.

#### 3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Por meio da interação dos diferentes atores no seu campo organizacional, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sofre pressões que influenciam suas práticas, em termos da prestação de assistência aos pacientes e na garantia de espaço para o ensino e pesquisa.

Por meio desta pesquisa, identificou-se o modo como os atores sociais relevantes na organização utilizam a sua capacidade de agência na orientação das práticas organizacionais.

##### 3.1.1 Perguntas de Pesquisa

- 1) Quais são os atores sociais relevantes identificados na organização?
- 2) Qual o contexto ambiental da área da saúde e Hospitais Universitários no Brasil?
- 3) Qual é o contexto institucional de referência do HC-UFPR, na perspectiva dos atores sociais relevantes na organização?
- 4) Quais são os esquemas interpretativos destes atores sociais relevantes na organização?
- 5) Qual o acesso dos atores sociais relevantes identificados nos recursos organizacionais?

6) Qual a influência dos atores sociais relevantes na institucionalização das práticas organizacionais do HC-UFPR, em face das pressões do contexto ambiental?

### 3.1.2 Concepção da Pesquisa

Os teóricos de organizações, assim como os cientistas de outras disciplinas, frequentemente abordam seu objeto de pesquisa a partir de uma estrutura de referências baseadas em suposições inquestionáveis. Essa estrutura de referências é denominada paradigma, que denota uma visão implícita ou explícita da realidade (BURREL e MORGAN, 1979).

O paradigma utilizado nesta pesquisa representa um misto entre o paradigma interpretativista e o paradigma estruturalista. O paradigma interpretativista baseia-se na visão de que o mundo social possui uma situação ontológica duvidosa e de que o que se passa como realidade social não existe em qualquer sentido concreto, mas é um produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos. De acordo com o paradigma estruturalista a realidade é vista como existindo por sua própria conta independentemente do modo como é percebida e reafirmada pelas pessoas em suas atividades diárias (BURREL e MORGAN, 1979).

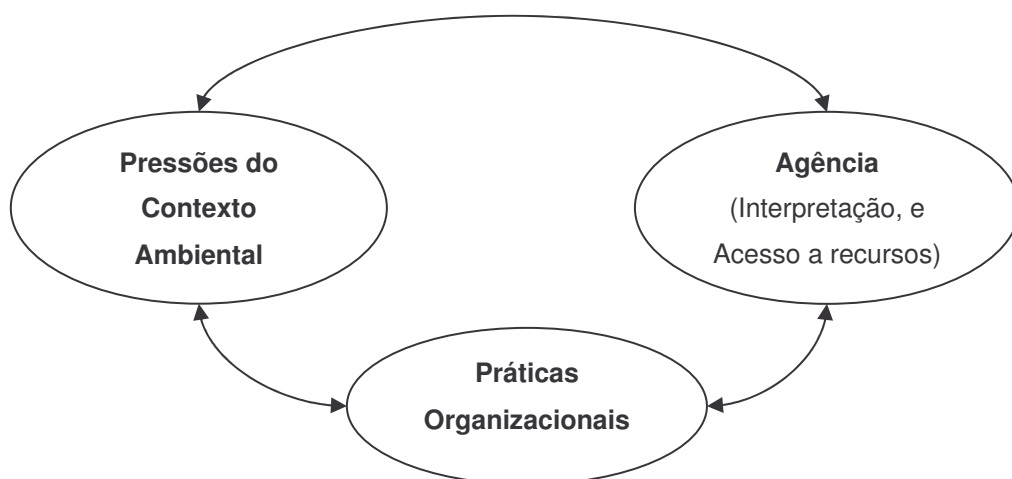
Portanto, neste enquadramento entre os paradigmas interpretativista e estruturalista pretende-se trabalhar com uma perspectiva que visualize a interdependência entre estruturas e ações sociais, sem sucumbir à idéia de causalidade linear entre elas.

Desse modo estrutura e agência se conectam de modo recursivo (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA; CRUBELLATE, 2005). Assim, será adotada uma abordagem estruturacionista.

De acordo com a natureza do problema exposto, julga-se mais adequado adotar uma abordagem qualitativa, devido à necessidade de aprofundamento do tema em questão, em que se buscou identificar as relações entre as categorias analíticas deste estudo.

### 3.1.3 Apresentação das Categorias Analíticas

FIGURA 4 – RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS ANALÍTICAS:



Fonte: Elaborado pelo autor

As categorias analíticas relevantes para o estudo apresentado são as seguintes: pressões do contexto ambiental, agência (interpretação e acesso a recursos) e definição das práticas organizacionais.

No que se refere à relação entre as categorias analíticas, cabe ressaltar que não se configura como pressuposto a causalidade linear entre elas. Portanto a análise desta relação considera a recursividade do processo. Mesmo reconhecendo está recursividade, cabe destacar que a análise deste estudo buscou verificar apenas as influencias do contexto ambiental, da agência na definição das práticas organizacionais.

### 3.1.4 Definição das Categorias Analíticas

#### 1. Pressões do Contexto Ambiental

DC: Conjunto de todos os fatores do contexto externo das organizações que, de fato ou potencialmente, as influenciam. Será verificada com base nas noções de ambiente técnico e de ambiente institucional (SEIFERT JUNIOR, 2004), mediante os três tipos de pressões: sociais, políticas e instrumentais (OLIVER, 1992).

## **2. Pressões Sociais**

DC: São pressões relativas às tradições arraigadas na sociedade (OLIVER, 1992). Associadas com a diferenciação de grupos e a existência de crenças ou práticas heterogêneas divergentes ou discordantes (SCOTT, 2001).

## **3. Pressões Políticas**

DC: São as pressões que questionam a legitimidade ou a utilidade de uma prática institucional (OLIVER, 1992), resultantes da mudança de interesses ou da distribuição de poder, que dão suporte aos arranjos institucionais existentes.

## **4. Pressões Instrumentais**

DC: São as pressões que levantam as questões sobre o valor instrumental de uma prática institucional (OLIVER, 1992).

DO: As pressões do contexto foram operacionalizadas mediante a análise de conteúdo de dados secundários, legislação vigente na área da saúde, artigos, jornais, documentos fornecidos pelo Ministério da Saúde, bem como da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os atores sociais relevantes na organização.

## **5. Ambiente Aspecto Institucional**

DC: Caracteriza-se pela elaboração e difusão de regras e procedimentos que proporcionam às organizações legitimidade e suporte contextual (MACHADO-DASILVA e FONSECA, 1997:32).

DO: Foi identificado através da análise de conteúdo da legislação vigente na área da saúde, artigos, jornais e documentos fornecidos pelo Ministério da Saúde. Buscou-se identificar através desta análise os temas e idéias de maior relevância para a área.

## **6. Ambiente Aspecto Técnico**

DC: É aquele cuja dinâmica de funcionamento se desencadeia por meio da troca de bens ou serviços, de modo que as organizações que nele se incluem são

avaliadas pelo processamento tecnicamente eficiente do trabalho (MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1997 p. 32).

DO: Foi identificado através da análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas com os atores sociais do hospital, indicadores e dados registrados no hospital, verificando o desempenho operacional.

## **7. Agência**

DC: Para Giddens (2003) “Agência” não se refere às intenções que as pessoas têm ao fazer as coisas, mas à capacidade delas para realizar essas coisas em primeiro lugar; (por isso agência subentende poder: cf. uma definição de agente do *Oxford English Dictionary* como “alguém que exerce poder ou produz um efeito”). Agência diz respeito aos eventos, dos quais um indivíduo é perpetrador, no sentido de que ele poderia, em qualquer fase de uma dada sequência de conduta, ter atuado de modo diferente.

DO: A análise da agência dos atores sociais do HC-UFPR pressupõe a caracterização do esquema interpretativo e do acesso a recursos.

## **8. Esquema Interpretativo**

DC: Entende-se por esquemas interpretativos o conjunto de ideias, crenças e valores, que dá ordem e coerência às estruturas e sistemas em uma organização. São os esquemas interpretativos que fornecem orientação para as atividades da organização (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000).

DO: Foram identificados através das crenças e valores dos atores sociais relevantes dela.

## **9. Crenças**

DC: Situadas no nível dos pressupostos básicos e aceitas como verdade, as crenças seriam as opiniões habituais sobre o mundo, que orientam grande parte do comportamento organizacional (SCHEIN, 1982).

DO: Foram identificadas através da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas.



## **10. Valores**

DC: Indicam padrões de preferências racionalizados por um indivíduo e compartilhados por um grupo da organização, que influenciam a escolha dos meios desejáveis para a ação e seus fins, enquanto resultados ou objetivos a serem alcançados (MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1993).

DO: Também foram identificados pela análise de conteúdo das entrevistas.

## **11. Acesso a Recursos**

DC: Atributos de propriedade ou controle da organização entendidos como forças que podem ser utilizadas para a concepção e implementação de estratégias. Neste sentido, podem ser classificados como: recursos financeiros, físicos, humanos e organizacionais (BARNEY, 1991).

DO: Foi operacionalizado pela análise de conteúdo de dados secundários e da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os atores sociais relevantes na organização.

## **12. Prática**

DC: São ações regulares e recorrentes realizadas por atores sociais, em organizações espaciotemporalmente delimitadas, que continuamente constroem e reconstroem esse sistema social (Adaptado de GIDDENS, 1976).

DO: Foi identificada através da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, levantando as informações referentes às práticas realizadas na organização, para o assistencialismo e para o ensino e pesquisa.

### **3.1.5 Definição de Outros Termos Relevantes**

1. Institucionalização: ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Dito de maneira diferente, qualquer uma dessas tipificações é uma instituição (BERGER e LUCKMAN, 2004).
2. Contexto Institucional de Referência: é o contexto que melhor se encaixa no esquema interpretativo da organização. É uma elaboração cognitiva dos

atores sociais da organização (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA e FERNANDES, 1999).

### 3.2 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA

Os tópicos seguintes contêm o delineamento de pesquisa selecionado, as justificativas para esta seleção em face do propósito de estudo, assim como as fontes e o tratamento para análise dos dados.

#### 3.2.1 Delineamento da Pesquisa

A pesquisa apresentada consiste em um estudo de caso que, segundo Yin (2005), é uma investigação em seu contexto real, quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes.

A escolha do estudo de caso, como estratégia de pesquisa; justifica-se pelo fato de as conclusões analíticas serem mais contundentes. Além disso, uma das maiores vantagens do estudo de caso é a possibilidade de o pesquisador utilizar múltiplas fontes de evidência (YIN, 2005).

A convergência de informações, oriundas de fontes diferentes por meio de um processo de triangulação, permite investigar a ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes. Ainda, segundo Yin (2005, p.19), o estudo de caso representa “a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

Babbie (1999) considera estudos de caso como descrições e explicações abrangentes dos muitos componentes de uma determinada situação social.

A natureza da pesquisa é descritivo-explicativa, com o uso da técnica de análise de conteúdo, que melhor se adequou aos propósitos da pesquisa.

Sendo as categorias analíticas referentes ao presente momento, a perspectiva de estudo foi de corte seccional com avaliação longitudinal. O nível de

análise considerado foi o organizacional, e a unidade de análise os atores sociais relevantes da organização alvo do estudo. Esta escolha justifica-se pelos objetivos da pesquisa, que buscou identificar como estes atores interpretaram o contexto ambiental e influenciaram na definição das práticas organizacionais.

### 3.2.2 População e Amostragem

A coleta dos dados para análise foi realizada por meio da seleção de uma amostra não probabilística e intencional. Os elementos da amostra foram atores sociais intencionalmente escolhidos e com características preestabelecidas que atuam no HC-UFPR, localizado no município de Curitiba.

O estudo focou os atores sociais com capacidade de agência para a definição das práticas organizacionais. Estes atores estão envolvidos em processos de mudança organizacional de toda a natureza e comumente são os responsáveis por administrá-los. Dessa forma estão naturalmente familiarizados com o tema e podem fornecer informações que espelham uma reflexão mais aprofundada do tema.

Uma vez que o pesquisador está interessado nas informações de determinados membros de uma população, que são os atores sociais relevantes para a instituição, mas não necessariamente representativos, no sentido estatístico, da mesma (MARCONI; LAKATOS, 1986).

Essa escolha populacional deu-se em virtude da consideração de que o estudo busca a relação que as orientações das atividades da organização se refletem nos esquemas interpretativos de seus atores sociais ou são originadas a partir deles (MACHADO-DA-SILVA e FERNANDES, 1999).

Os atores estão divididos nos seguintes setores. São eles:

QUADRO 3 – SETORES DOS ATORES SOCIAIS RELEVANTES

| Setor/Serviço  | Formação/ Especialidade                       | Tempo no HC |
|--|---|-------------|
| Direção Geral  | Medicina                                      | 30 anos     |
| Direção de ensino e pesquisa                                     | Clínica Médica                                | 30 anos     |
| Direção financeira   | Ciências Contábeis                            | 6 anos      |
| Direção setor de ciências da saúde                               | Clínica Médica                                | 20 anos     |
| Direção de assistência   | Enfermagem Pediátrica                         | 24 anos     |
| Direção Administrativa   | Farmácia Hospitalar                           | 26 anos     |
| Direção de corpo clínico   | Gastroenterologia/ Endoscopia                 |             |
| Direção do Hospital Maternidade<br>Vitor Ferreira do Amaral      | Medicina ginecologia/obstetrícia              | 35 anos     |
| Coordenação de enfermagem  | Enfermagem/ Administração hospitalar          | 13 anos     |
| Coordenação de atendimento externo                               | Enfermagem/ Gestão hospitalar                 | 26 anos     |
| Coordenação dos serviços<br>de apoio diagnósticos e terapêuticos | Farmacêutica bioquímica/ micologia            | 20 anos     |
| Coordenação de internação  | Enfermagem                                    |             |
| Departamento de cirurgia   | Medicina Cirurgião                            | 35 anos     |
| Departamento de Tocoginecologia                                  | Medicina ginecologia/obstetrícia              | 30 anos     |
| Unidade de nutrição e dietética                                  | Administração de empresas/ enfermagem         | 31 anos     |
| Unidade de urgência e emergência                                 | Enfermagem médico-cirúrgica                   |             |
| Unidade de informação  | Administração de empresas                     | 20 anos     |
| Unidade de Hotelaria hospitalar                                  | Administração de empresas/ Gestão empresarial | 15 anos     |
| Unidade de centro cirúrgico                                      | Enfermagem médico-cirúrgica                   | 25 anos     |
| Unidade de abastecimento   | Tecnólogo em logística                        | 21 anos     |

FONTE: Dados primários.

A identificação destes atores como relevantes para o hospital além de se justificar por sua posição formal na estrutura organizacional e acesso aos recursos, também foi corroborada pela análise de tempo de serviço na organização (veja quadro 3) e pelo número de subordinados; a média de subordinados dos entrevistados é de 610 colaboradores do HC-UFPR.

Ainda no que se refere à caracterização da amostra dos respondentes, cabe considerar que 8 dos 20 entrevistados são homens e 12 são mulheres. A média geral de idade entre os respondentes é de 50 anos de idade, sendo 23 a média de anos prestados a serviço do HC-UFPR.

Treze respondentes que correspondem a 65% da amostra, possuem formação na Universidade Federal do Paraná.

A identificação e escolha destes atores como relevantes justifica-se quanto ao propósito desta pesquisa; haja vista que nas dimensões Assistenciais e de Ensino e Pesquisa são estes que interagem e interpretam as pressões ambientais na orientação do comportamento organizacional.

### 3.2.3 Dados: Fontes, Coleta e Tratamento

Para o atendimento dos propósitos desta pesquisa e da metodologia adotada, foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram registrados através de gravações de entrevistas transcritas para um editor de texto (*word*), assim como os dados secundários que, igualmente, foram analisados e organizados por um editor de texto (*word*).

### 3.2.4 Fontes Secundárias

A coleta dos dados secundários ocorreu através da análise de documentos, legislação, relatórios da organização, atas de reuniões, jornais, organogramas, relatórios do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, entre outros documentos. As informações obtidas nesta coleta auxiliaram na elaboração da entrevista semiestruturada.

### 3.2.5 Fontes Primárias

A coleta dos dados primários foi obtida por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 atores sociais identificados. São eles diretores, gerentes, médicos e professores da organização, objeto de estudo.

Para Triviños (1987, p. 146), a entrevista semiestruturada “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis, para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

A coleta dos dados para análise foi realizada por meio da seleção de uma amostra não probabilística e intencional. Os elementos da amostra foram os atores sociais intencionalmente escolhidos e com características preestabelecidas identificadas como a capacidade de agência.

O estudo focou os atores com agência para a definição das práticas organizacionais e que, tradicionalmente, estão envolvidos nos processos de

mudança organizacional de todas as naturezas e comumente são os responsáveis por administrá-los, desta forma são aptos a fornecer as informações necessárias sobre o tema.

As entrevistas foram realizadas no período de 21 de novembro de 2007 a 26 de março de 2008. Todas as entrevistas foram gravadas, a fim de dirimir eventuais dúvidas no processo de análise dos conteúdos.

Para tratamento dos conteúdos das entrevistas, foram utilizadas técnicas de análise qualitativa, sob a perspectiva descritiva; assim, expõem-se as características do fenômeno e da população estudada, servindo de base para as suas explicações.

Sob a ótica explicativa, torna-se inteligível o fenômeno estudado, compreendendo-se os motivos que contribuem para a sua ocorrência. Assim, se estabelecem as compreensões sobre o sentido dos significados que são atribuídos pelos entrevistados às categorias de análise que se pretende estudar.

QUADRO 4 – INFORMAÇÕES FONTES PRIMÁRIAS

| <b>Informações Fontes Primárias</b>  |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Número de entrevistados</b>       | <b>20</b>      |
| <b>Número de páginas transcritas</b> | <b>270</b>     |
| <b>Horas de entrevistas</b>          | <b>18h 48m</b> |

Fonte: Elaborado pelo autor

### 3.2.6 Tratamento dos Dados

Os procedimentos adotados para a análise e tratamento dos dados utilizados nesta pesquisa foram de natureza descritivo-qualitativa.

Os dados primários foram analisados à luz do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de encontrar relação entre as práticas da organização e a agência dos atores relevantes.

A análise de conteúdo refere-se a um conjunto de técnicas para análise de comunicações, capaz de dispor de informações sobre o comportamento humano através de uma fonte documental, o que permite gerar conhecimentos de produção e de recepção de mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, que descrevem o conteúdo dos documentos analisados (BARDIN, 2005).

Este tratamento teve como propósito efetuar um estudo minucioso do conteúdo que compõe as entrevistas, captando as idéias essenciais que integram estas fontes.

Através do uso da análise de conteúdo, objetivou-se enriquecer a tentativa de explicar o fenômeno estudado, “pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não se detinha à compreensão” (BARDIN, 2005, p. 25). Os dados secundários também foram analisados através da técnica de análise de conteúdo.

Também foi utilizada a técnica de triangulação, visando comparar dados primários e secundários. A triangulação de informações, oriundas de múltiplas fontes de evidências, é a característica central de estudos de caso, sendo fundamental para a construção de entendimentos de fenômenos complexos (YIN, 2005).

### 3.2.7 Validade e Confiabilidade

A pesquisa qualitativa, aplicada num contexto de abordagem indutiva, apresenta características específicas que resultam em menor número de unidades de amostra, cujo critério é descrito como reconhecendo a existência de intencionalidade; em conteúdo composto de descrições detalhadas de situações relativas aos dados coletados do sujeito em análise com citações objetivas sobre suas experiências, atitudes, hábitos, credos e pensamentos. Finalmente, numa contextualização de eventos, pessoas, interações e observações de comportamento, aqui consta cabe o registro sistemático das constatações de passagens de documentos, correspondências e o estudo de situações peculiares relativas ao fenômeno em observação (LEININGER, 1994).

A validade tende a ser observada nos seguintes aspectos: validade aparente, que se refere a quando um método de pesquisa produz o tipo de informação desejado ou esperado; validade instrumental, que procura a combinação entre os dados fornecidos por um método de pesquisa e aqueles gerados por algum procedimento alternativo, que é aceito como válido; e validade teórica, que se refere à legitimidade dos procedimentos da pesquisa em termos de teoria estabelecida. A confiabilidade na pesquisa qualitativa, por sua vez, refere-se à garantia de que outro

pesquisador poderá realizar uma pesquisa semelhante e chegará a resultados semelhantes (KIRK e MILLER, 1986).

O principal critério utilizado de validade e confiabilidade, neste estudo foi a triangulação de fontes de dados e de pesquisadores. De fontes de dados, com análise dos dados secundários e primários e com diferentes informantes na aplicação das entrevistas semiestruturadas. De pesquisadores, pois as entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores, o que minimizou os vieses provocados pela sua subjetividade.

As entrevistas foram transcritas e posteriormente analisadas em nível agregado e separadas por categorias analíticas. As conclusões obtidas foram validadas com a confrontação dos resultados com alguns dos entrevistados, obtendo consentimento sobre os achados da pesquisa.

Assim, o *feedback* dos informantes foi mais um critério de validade e confiabilidade utilizado. Ele correspondeu à confrontação com fontes e obtenção de sua concordância ou consentimento, sendo chamado de critério de validação comunicativa dos participantes. No entanto, o ator social não pode exercer a autoridade absoluta nas descrições e interpretações de sua ação; deixa assim, o pesquisador como refém das afirmações e interpretações do ator social, comprometendo até a independência da pesquisa (MILES e HUBERMAN, 1994, GASKELL e BAUER, 2002). Para minimizar esta autoridade sobre a sua interpretação e ação, os resultados foram ainda confrontados com outros atores sociais da instituição, que não participaram das entrevistas.

### 3.2.8 Facilidades e Dificuldades na Coleta dos Dados

No que tange às facilidades e dificuldades na coleta dos dados, algumas observações são pertinentes.

Em relação à coleta de dados secundários, pode-se dizer que este estudo recebeu substanciais contribuições de outras pesquisas realizadas sobre o assunto. Estes trabalhos contribuíram, apontando fontes de informações relevantes, como também indicando elementos e aspectos fundamentais para a análise relativa ao contexto ambiental da saúde no Brasil.



No que tange à coleta de dados primários, algumas dificuldades podem ser relatadas.

Primeiramente, destaca-se o fato da dificuldade em conseguir entrevistar os atores relevantes identificados, devido à falta de tempo dos profissionais. O que influenciou no prazo de conclusão deste estudo. As entrevistas foram realizadas, como já mencionado, no período de 21 de novembro de 2007 a 26 de março de 2008.

Outra dificuldade encontrada foi na realização das entrevistas, devido ao tempo limitado com os atores e também à sua dificuldade na compreensão de alguns temas constituintes.

### 3.2.9 Limitações da Pesquisa

Esta seção destaca as limitações relativas ao desenvolvimento deste estudo. Em primeiro lugar, cabe ressaltar que a pesquisa é um estudo de caso, o que inviabiliza a generalização dos resultados. A segunda é que apenas fizeram parte da pesquisa os atores sociais identificados como relevantes no quadro administrativo da instituição. Sugere-se que estudos futuros contemplem os responsáveis pelos departamentos médicos do HC-UFPR.

Considera-se a possibilidade de um pequeno viés nos resultados, como já mencionado na seção anterior, dada a dificuldade de compreensão de alguns temas constituintes da pesquisa, por parte dos entrevistados, que se mostrou pouco adequado para o caso, principalmente, pela característica elitista da linguagem.

Ressalta-se, por fim, que as observações e análises realizadas estão sujeitas aos vieses de interpretação do autor.

## 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PARTE I

A descrição da análise dos dados será apresentada em duas partes. A primeira delas, dedicada à exposição dos dados secundários, descreve o contexto ambiental da área da saúde e os hospitais universitários no Brasil.

Já a segunda parte, dedicada à descrição e análise da coleta dos dados primários que foram analisados conjuntamente, descreve como o HCUFPR, através de seus atores sociais, orientou o comportamento organizacional e suas práticas, em face das interpretações das pressões do contexto ambiental.

### 4.1 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Os hospitais, enquanto organizações voltadas à prática de intervenções terapêuticas com o objetivo de alcançar a cura de doentes, são uma invenção relativamente nova.

Até o século XVIII, os hospitais serviam para separar os enfermos da sociedade, para esperar a morte, não havendo quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o doente (GURGEL JUNIOR, VIEIRA, 2002).

Segundo Foucault (1981), os primeiros hospitais surgem no final do século XVIII, período em que a Academia de Ciências da França buscou uma padronização para os hospitais existentes. Nesta época foi realizada uma série de viagens de pesquisa, cujo objetivo era estudar os aspectos físicos e funcionais dos hospitais, para transformá-los de depósitos de doentes da época em instituições que buscassem a assistência à saúde junto a um local de prática médica.

As guerras levaram à necessidade da criação de hospitais militares, abundantes na Europa em séculos passados. Sua disciplina foi incorporada por estas instituições e influenciou o funcionamento hospitalar tal como conhecemos hoje, com fichamento dos pacientes, identificação por leitos e a separação por doenças. Assim, o hospital passa a ser um campo documental normatizado, além de um espaço de cura (FOUCAULT, 1981).

De acordo com Azevedo (1993) atualmente a organização hospitalar é uma das mais complexas organizações, não apenas pela nobreza e amplitude da sua

missão, mas sobretudo por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação. Constitui ainda o espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Foucault (1987, p.76), diz que:

A organização do campo médico é simultaneamente mista e fundamental: mista porque a experiência hospitalar em sua prática cotidiana nele encontra a forma geral de uma pedagogia; mas também fundamental, pois, diferentemente da clínica do século XVIII, não se trata do posterior encontro entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar; trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio onde a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, onde a série de doentes examinados é, em si mesma, escola.

As atuais organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas em ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado, diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados.

Independentemente de sua natureza, tais condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor da saúde e a políticas governamentais, colocando os hospitais em face de uma diversidade de interesses divergentes a contemplar (GURGEL JUNIOR, VIEIRA, 2002).

Sounis (1993) conceitua hospital como parte integrante de uma organização médico-social cuja função é proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, constituindo-se também como centro de educação, capacitação de recursos humanos e pesquisa científica.

Desta forma, os hospitais diferenciam-se em tipos, como veremos adiante.

#### 4.1.1 Tipos de Hospitais

- ✓ Hospital Geral: é o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas. Pode a ação ser limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital escola).

- ✓ Hospital Especializado: é o hospital destinado, predominantemente, a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica (ortopedia, reumatologia etc.).
- ✓ Hospital de Curta Permanência: é aquele onde a média de permanência de pacientes internados não ultrapassa 30 dias
- ✓ Hospital de Longa Permanência: é aquele cuja média de permanência de pacientes internados ultrapassa 30 dias. Este tipo de hospital, em sua maioria, possui entidades mantenedoras que custeiam o tempo de internação do paciente, como por exemplo:
  - Hospital oficial (federal, estadual, municipal, etc.).
  - Hospital particular (pessoa natural ou jurídica de direito privado)

Quanto à lotação os hospitais subdividem-se em:

- ✓ Hospital de pequeno porte (até 49 leitos)
- ✓ Hospital de médio porte (de 50 a 149 leitos)
- ✓ Hospital de grande porte (de 150 a 500 leitos)
- ✓ Hospital especial ou de capacidade extra (acima de 500 leitos)

O termo pequeno, médio, grande e extra se refere unicamente ao número de leitos do hospital, não tendo qualquer relação com a qualidade e complexidade da assistência prestada (BEZERRA, 2002).

## 4.2 SÍNTESE DA SAÚDE NO BRASIL CONTEXTO AMBIENTAL

A preocupação em proteger a saúde acompanha os homens através dos tempos. Nos períodos históricos mais remotos, eram os patriarcas que legislavam sobre aspectos gerais e estabeleciam preceitos quanto à higiene de seus povos.

A cultura popular, embora sem a base científica de que dispomos hoje, participou igualmente com sua contribuição empírica no que se refere à proteção da saúde coletiva.

### 4.2.1 Breve Histórico

A problemática que envolve a questão de saúde no Brasil, pode ser mais bem compreendida por meio da sucessão de alguns fatos históricos, como demonstra o quadro a seguir.

#### QUADRO 5 – HISTÓRICO SAÚDE NO BRASIL

|   |
|---|
| <p><b>1550</b> - Em Portugal, os almotacéis eram encarregados da saúde do povo, onde tinham o papel de verificar os gêneros alimentícios e destruir os que estavam em má condições. Ao Brasil-Colônia foram estendidas a legislação e as práticas vigentes em Portugal.</p>   |
| <p><b>1521</b> - D. Manoel baixa o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino, instituindo-se os Comissários-Delegados nas Províncias, Até mesmo no Brasil.</p>  |
| <p><b>1744</b> - No reinado de D. João V foi reiterada ao então Vice-Rei do Brasil, Conde de Galvêas, determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados, na qual de instruía sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor.</p>   |
| <p><b>1782</b> - Por Lei da Rainha D. Maria I, foi reformada a organização estabelecida, instituindo-se a Junta do Protomedicato, constituída por sete deputados, com atribuições semelhantes ao do Físico-Mor, enfatizando a Fiscalização.</p>   |
| <p><b>1808</b> - Criação da primeira organização nacional de Saúde Pública no Brasil e em 27 de fevereiro foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do atual Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados.</p>  |
| <p><b>1828</b> - Após a Independência, foi promulgada em 30 de agosto a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu às Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. No mesmo ano, acontece a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da Câmara, sendo duplicado em 1833 o número dos seus integrantes.</p> |
| <p><b>1846</b> - Obedecendo o mesmo critério de luta contra as epidemias, organizava-se o Instituto Vacínico do Império.</p>  |
| <p><b>Segunda metade do século XVIII</b> - A Revolução Industrial determina uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública. Além disso, a revolução trouxe conseqüências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas.</p>                    |
| <p><b>1850</b> - Até este período as atividades de Saúde Pública estavam limitadas a: Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais, Controle de navios e Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola.</p>  |
| <p><b>Continua</b></p>  |

| <b>Continuação</b>  |
|---|
| <b>1851</b> - Regulamentação da Lei que cria a Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministro do Império.  |
| <b>1878</b> - Torna-se obrigatória a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária.   |
| <b>1897</b> - Neste período, os serviços relacionados com a saúde pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública.  |
| <b>Primeiras décadas do século XIX</b> - Surge a implantação da administração científica, por meio da utilização da estatística como instrumento de mensuração dos fenômenos sociais.   |
| <b>1902</b> - Inicia-se o governo de Rodrigues Alves e, com ele, a Saúde Pública federal foi entregue à lucidez e capacidade de Oswaldo Cruz, que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional.  |
| <b>1904</b> - Na reforma de Oswaldo Cruz foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, a qual se destinava a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitárias dos portos brasileiros.   |
| <b>1914</b> - A Inspetoria de Isolamento e Desinfecção foi transformada em Inspetoria dos Serviços de Profilaxia. Tendo início em 1918, subordinadas a esse serviço, as atividades de Profilaxia Rural do então Distrito Federal.   |
| <b>1920</b> - Novo marco importante da evolução sanitária brasileira com a reforma de Carlos Chagas que, reorganizando os Serviços de Saúde Pública, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. A regulamentação desse diploma legal sofreu substituição e modificações até a publicação do decreto em 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal por muitos anos. |
| <b>1930</b> - Os serviços relacionados com a saúde pública são transferidos para o novo Ministério da Educação e Saúde Pública.   |
| <b>1932</b> - No Brasil surge o ensino e a pesquisa científica no campo da administração com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho - IDORT. Na década de 30, outro passo importante na racionalização da Administração Pública que foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP.   |
| <b>1940</b> - As atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência, anteriormente englobadas no Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram a constituir o Departamento Nacional da Criança, com a transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele Departamento (em 1948 o DNCr foi reorganizado).                         |
| <b>1941</b> - Nesse período foi processada nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. A estrutura criada manteve suas linhas gerais estabelecidas àquela época durante vários anos, apesar das amputações sofridas em várias oportunidades.   |
| <b>1848</b> - Criação do primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Wech o marco inicial da Saúde Pública moderna. A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores serão as possibilidades econômicas de um país.                                      |
| <b>1953</b> - Criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, em 16 de novembro.  |

FONTE: Ministério da Saúde. **Evolução da Saúde Brasileira**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=125](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=125)> Acesso em: 13 nov. 2007.

#### 4.2.2 O Nascimento da Previdência Social

No início do século a economia brasileira era basicamente agro-exportadora, assentada na monocultura do café. Os operários na época não tinham nenhuma garantia trabalhista, como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário da Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus; assim procuravam mobilizar e organizar a classe operária no Brasil, na luta pela conquista dos seus direitos. Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquista de alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2008).

O reflexo de toda essa mobilização social contribuiu para que, em 24 de janeiro de 1923, fosse aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. A Lei Eloi Chaves ainda instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

A propósito desta lei devem ser feitas as seguintes considerações:

- ✓ A lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL.
- ✓ Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.
- ✓ A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

Tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores (POSSAS, 1981).

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, entre os quais um assumia a presidência da comissão, e os outros dois eram eleitos diretamente a cada três anos, como representantes dos empregados.

Ainda segundo Possas (1981) o regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do INPS (1967), quando os representantes foram afastados do processo administrativo.

Neste sistema (CAP), estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves:

1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;

2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º - aposentadoria;

4º – pensão para seus herdeiros em caso de morte.

O artigo 27 da lei ainda obrigava as CAPs a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho.

A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social. Em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas (POLIGNANO, 2008).

No entanto a crise de 1929 imobilizou temporariamente o setor agrário-exportador, redefinindo a organização do Estado, que vai imprimir novos caminhos à vida nacional. Assim é que a crise do café, a ação dos setores agrários e urbanos vão propor um novo padrão de uso do poder no Brasil.

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas, é instalada a revolução, que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Neste período foram efetuadas



mudanças na estrutura do Estado, que objetivavam promover a expansão do sistema econômico, estabelecendo, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças. Foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista (POLIGNANO, 2008).

Em 1937 é promulgada nova constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura). O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A crescente massa assalariada urbana passa a constituir o ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas, através de um regime corporativista (POLIGNANO, 2008).

No que tange à previdência social, a política do Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Desta forma, as antigas CAP's são substituídas pelos INSTITUTOS DE APOSENTADORIA E PENSÕES (IAP). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.

As seguidas crises financeiras dos IAP's, e mesmo o surgimento de outros mecanismos captadores de investimentos (principalmente externos), fazem com que progressivamente a previdência social passe a ter importância muito maior como instrumento de ação político-eleitoreira nos governos populistas de 1950-64 (NICZ, 1982).

A assistência médica previdenciária não era importante até o final dos anos 50. Os técnicos do setor a consideram secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações.

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes. É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos: viabiliza-se o crescimento de um complexo médico

hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2008).

Segundo Nicz (1982), neste mesmo ano, as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária.

Em 25 de julho de 1953, veio a ser instituído o Ministério da Saúde, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se à ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. O Ministério da Saúde era a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo; essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Três anos após a criação do Ministério da Saúde, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as suas conveniências técnicas e administrativas.

Enquanto isso o Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados.

No início dos anos 60 a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro Estácio Souto Maior, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, à municipalização.

Em 1964, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito firma-se como ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Ficaram as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e para-médicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

#### 4.2.3 Regime Militar e Ações na Saúde Pública

A repressão militar seria incapaz de sozinha justificar por um longo tempo um governo ditatorial. Diante, deste quadro, o regime instituído procurava atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população. Assim, dentro do objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo utiliza-se do sistema previdenciário. Visto que os IAP's eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, o governo militar procura garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social (POLIGNANO, 2008).

O processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era o de assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAP's, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender à necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de

cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (POLIGNANO, 2008). Este sistema se foi tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Antes disso, em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Algumas categorias profissionais somente na década de 70 é que conseguiram tornar-se beneficiárias do sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais, com a criação do PRORURAL em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e os empregados domésticos e os autônomos em 1972 (POLIGNANO, 2008).

No campo da organização da saúde pública no Brasil foram desenvolvidas as seguintes ações no período militar:

- ✓ Promulgação do Decreto Lei 200/67, estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário.
- ✓ Em 1970 criou-se a SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), e a campanha de erradicação da malária.
- ✓ Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de

promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde; dessa forma, foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos, através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Nesta época o Ministério da Saúde era muito mais um órgão burocrático-normativo do que um órgão executivo de política de saúde (POLIGNANO, 2008).

Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na secretaria de planejamento da presidência da república, o PIASS se configura como o primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal e vai permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de estado. O programa é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

Na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes.

O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da igualação dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS (POLIGNANO, 2008).

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status.

Em 1983, foi criada a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando a novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por Estados, Municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Segundo Polignano (2008) o movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais até mesmo na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988.

O subsistema de atenção médico-supletiva cresce vertiginosamente. Na década de 80, de tal modo que no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000 de brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00. Enquanto isto, ao subsistema público compete atender à grande maioria da população em torno de 120.000.000 de brasileiros (1990), com os minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal (POLIGNANO, 2008).

Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento deste Sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

#### 4.2.4 Sistema Único de Saúde o SUS

A Constituição Federal de 1988 buscou a garantia do direito à saúde com a criação do SUS. Seus princípios apontam a democratização nas ações e nos

serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais; da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. Ou seja, o objetivo é capacitar os municípios a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

Foram mudanças profundas na saúde pública brasileira que exigiram, para sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde. Em suma, compete ao Ministério da Saúde:

- ✓ Política nacional de saúde;
- ✓ Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- ✓ Informações de saúde;
- ✓ Insumos críticos para a saúde;
- ✓ Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- ✓ Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos;
- ✓ Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

A constituinte de 1988 no capítulo VIII *da* Ordem social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c):



1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
2. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
3. Participação da comunidade.

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas destas concepções são expostas a seguir.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de forma mais abrangente: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (POLIGNANO, 2008).

Devido às significativas diferenças existentes entre as várias regiões e municípios brasileiros, o Ministério da Saúde criou formas de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando responsabilidades diferenciadas aos diferentes municípios. A mudança foi grande, pois ocorreu a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma nos Estados e Municípios, onde a responsabilidade fica a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Sob outro aspecto, o princípio da universalidade representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS, ou seja, qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendida nas unidades públicas de saúde,

lembrando que antes apenas os trabalhadores com carteira registrada faziam jus a esses serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

Foram definidos como princípios do SUS:

- ✓ UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- ✓ EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.
- ✓ INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- ✓ HIERARQUIZAÇÃO. Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência.
- ✓ PARTICIPAÇÃO POPULAR. A democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde.
- ✓ DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA. Consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidas:

- ✓ Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- ✓ Formular as políticas de saúde.

- ✓ Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- ✓ Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.
- ✓ Executar ações visando à saúde do trabalhador.
- ✓ Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
- ✓ Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde.
- ✓ Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar.
- ✓ Participar das ações direcionadas ao meio ambiente.
- ✓ Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.
- ✓ Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
- ✓ Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.
- ✓ Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- ✓ Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde.
- ✓ Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros; para que isto ocorra é necessário uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política em nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social.

A mesma lei, em outro artigo, estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOB's que regulamentaram a aplicação desta lei.

NOB é a abreviatura de Norma Operacional Básica, que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, e que serão mencionadas no tópico seguinte.

O SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Independentemente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde como será visto na sequência deste texto, foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil.

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que em nível da atenção, primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência em nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços. A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello, foi implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o Estado ao mínimo. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu todos os setores do governo, até mesmo o da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

#### 4.2.5 Normas Operacionais Básicas

As NOB's, editadas durante o governo Collor, consistem em instrumentos normativos que têm por objetivo regular a transferência de recursos financeiros da União para os Estados e os Municípios, além de disciplinar o planejamento das

ações de saúde e os mecanismos de controle social. A primeira NOB foi editada em 1991. A NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviço que permanece, em grande parte, vigorando até hoje (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

Tal fato se deu devido à impossibilidade de regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080/90, que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde. A lei destinava 50% dos recursos segundo critérios populacionais e os outros 50% de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico juntamente com a capacidade instalada, a complexidade da rede de serviços e saúde.

Assim, os Estados e os Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, de acordo com as mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados. Desta forma passa a surgir um modelo de atenção à saúde, direcionado à produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados por meio de sua prestação.

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o sistema implantado pela NOB 01/91 e o preconizado pela Constituição Federal e pelas Leis que regulamentavam o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios. Assim, de acordo com o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena), haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema de pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993. Também em 1993 em decorrência dos péssimos resultados da política econômica especialmente no que se refere ao combate do processo inflacionário, a falta de uma base de apoio parlamentar, em meio a uma série de escândalos de corrupção, o Presidente Fernando Collor de Mello sofreu um processo de *impeachment*, envolvendo grande mobilização popular, especialmente estudantil, o que levou a perda do seu mandato presidencial, tendo assumido a presidência o então vice-presidente, Itamar Franco.

Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social. Apesar de estar descumprindo 3 Leis Federais, que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência, a partir daquela data, não mais transferiu recursos para a área da saúde, agravando a crise financeira do setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução do do “tamanho do Estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e o próprio ministro da Saúde – Adib Jatene - (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a cobrança por fora é um fato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde propõe a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira). O ministro realizou um intenso lobby junto aos congressistas para a sua aprovação pelo congresso nacional, o que aconteceu em 1996, passando o imposto a vigorar a partir de 1997. É importante mencionar que o imposto teria uma duração definida de vigência que seria por um período de um ano, e que os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde.

No final de 1996, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, e que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano (POLIGNANO, 2008).

Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro.

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.

Ainda em 1996, o governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da municipalização. Esta NOB revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB's anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos Municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão, conforme pode ser visto no quadro 4 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

QUADRO 6 – MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE (NOB 01/06)

| <b>GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA</b>   | <b>GESTÃO PLENA DOS SISTEMA MUNICIPAL</b>   |
|---|---|
| Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar. | Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar. |
| Gerência de unidades ambulatoriais próprias   | Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência   |
| Gerência da unidades ambulatoriais do estado e/ou da União  | Gerência da unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União   |
| Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS  | Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS  |
| Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município                               | Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município   |
|   | Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares   |
| Contratação , controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB  | Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares   |
| Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional  | Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional   |
| Autoriza AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados   | Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados e de alto custo  |
| Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia  | Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia  |

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde na Constituição**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 13 nov. 2007c.



É possível constatar as diferenças existentes nos dois modelos de gestão; a gestão plena do sistema municipal o de maior abrangência, comporta um número maior de responsabilidades para os Municípios, especialmente no que se refere à gestão direta do sistema hospitalar, não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica. A gestão plena do sistema municipal é o atual modelo vigente no Município de Curitiba, no qual se insere o HC-UFPR.

Em outubro de 1998, Fernando Henrique Cardoso é reeleito para mais 4 anos de governo. E tendo em vista a crise econômica, vivida pelo Brasil e outros países “emergentes”, seu governo aumenta ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal, prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, na própria área de saúde. O corte previsto nesta área foi de cerca de R\$ 260 milhões (POLIGNANO, 2008).

A propósito desta redução, o Ministro da Saúde José Serra divulgou um comunicado com o seguinte teor: “Entre 1994 e 1998, o gasto com saúde, em relação ao PIB, caiu 12,4% . O total das outras despesas, no entanto, subiu 22,6% . Em valores constantes, as despesas da saúde aumentaram 17,9%, enquanto as outras despesas do orçamento, em seu conjunto, cresceram 56,2%”. Sobre o CPMF a nota do Ministério afirma: “A arrecadação do CPMF, cobrada a partir de 23 de janeiro de 1997, não beneficiou a Saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, a receita do CPMF foi destinada à saúde, mas foram diminuídas as destinações à saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e do COFINS” (POLIGNANO, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

No início de 1999, o país atravessa uma grave crise cambial provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo. Este procura responder mais uma vez com novo acordo de empréstimo junto ao FMI; no plano interno, com uma política recessiva, ditada pelo FMI, o que gera diminuição do PIB e aumento ainda maior do desemprego no país. Em março de 99, houve o aumento da CPMF de 0,20 para 0,38 %, naquele imposto, criado para ser provisório, e que deveria ser destinado unicamente à saúde.

#### 4.2.6 Hospitais Universitários

Poder-se-ia dizer que qualquer hospital, independentemente do número de leitos e especialidades, além da função assistencial, tem também, embrionariamente, função didática (FOUCAULT, 1987; CORRADI, 1998).

Desde cedo, foi percebido o papel dos hospitais como instituições consideradas imprescindíveis para o desenvolvimento da ciência. A formação de recursos humanos na área da saúde possibilita a descoberta de novos conhecimentos científicos, por meio da pesquisa. Neste sentido, o hospital é berço de profissionalização, visto que é nele que se dá o aprimoramento técnico de profissionais (CORRADI, 1998).

Tradicionalmente, o hospital de ensino se ligava à faculdade de Medicina e se destinava à formação de médicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrou a necessidade de preparação da equipe multiprofissional, distribuindo-se, de maneira adequada, as funções por seus diversos membros (CORRADI, 1998).

A Assembléia Geral da OMS, em 1970, concordou em que não seria possível depender somente dos médicos altamente qualificados para prover serviços a todas as camadas das populações urbanas e rurais. Para a OMS, médicos qualificados deverão assumir a liderança de uma equipe de trabalhadores da saúde, até mesmo auxiliares, para assegurar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde (BRAGA, 1971). Este mesmo autor destaca que a educação nas ciências da saúde é muito cara e recomenda evitar fragmentações e subdivisões das atividades desenvolvidas pelos diversos profissionais de treinamento (BRAGA, 1971; CORRADI, 1998).

Segundo Corradi (1998), no Brasil, em decorrência da reforma universitária, o hospital passou a integrar o centro de ciências da saúde, que reuniu escolas, institutos, clínicas e responsáveis pelo ensino de todas as profissões e afins. Os diversos órgãos reunidos simplesmente foram agrupados ao centro de ciências da saúde; cada um procurou manter o statu quo, ou seja, manutenção das regras determinadas pelo grupo de poder, o que concorreu para a pouca ou nenhuma possibilidade de mudança.

Inicialmente denominados Hospitais de Clínicas, Hospitais de Ensino e atualmente Universitários, desta forma, não passaram a oferecer as condições para

um trabalho associado, com participação multiprofissional na formação dos futuros profissionais.

Os Hospitais Universitários possuem três propósitos maiores: formação e treinamento contínuo de profissionais na área da saúde; extensão de serviços à comunidade, com elevado padrão de atendimento e pesquisa pura ou aplicada dentro das ciências da saúde (NOVAES, 1972).

É por meio destes Hospitais Universitários que se desenvolvem as áreas universitárias de ciências da saúde, especialmente em nível de pós-graduação, mestrado e doutorado. A maioria dos hospitais de ensino estão vinculados à Universidades. Esta dimensão de ensino nos hospitais impõe responsabilidades à organização, uma das quais é a valorização da função didática, embora continue a existir a função assistencial. A produção do conhecimento na área da saúde tem possibilitado articular os saberes sobre a doença-saúde às exigências do movimento histórico, sem mostrar grande capacidade de resposta à organização do sistema e na solução dos problemas de saúde do país (CORRADI, 1998).

Pode-se observar que, em virtude das mudanças de caráter político ocorridas no âmbito da saúde no país, ora apresentadas, estes Hospitais Universitários não demonstram grande capacidade de resposta quanto à organização do sistema, devido ao fato de que estas mudanças foram impostas, sem examinar os propósitos destas instituições e suas particularidades, obedecendo a interesses políticos e não às necessidades da sociedade e das instituições.

Os atores sociais responsáveis pelos hospitais de ensino bem como suas áreas de atuação deveriam ser ativamente envolvidos em qualquer planejamento de saúde, pois o hospital de ensino tem potencial para participar do planejamento de saúde comunitária; haja vista, a sua posição privilegiada, situando-se entre as instituições de ensino e pesquisa da saúde de um lado, e hospitais comunitários, médicos do outro (SPINOLA, 1975).

A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, na busca por melhores padrões de eficiência e eficácia; se alcançados, são colocados à disposição para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). No país são 45 hospitais vinculados, pertencentes a 30 Instituições Federais

de Ensino, localizados em 21 estados da UNIÃO e no Distrito Federal (SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2007).

Estes hospitais apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Mas um dos problemas mais sérios que se apresentam hoje no sistema de saúde brasileiro diz respeito à escassez de recursos. A relação entre os ministérios também é delicada; enquanto para o Ministério da Educação (MEC) seria melhor que o espaço e o número de leitos dos hospitais diminuíssem, para o da Saúde (MS) esse processo não pode ocorrer (ABRAHUE, 2007).

Até a década de 80, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospitais-escola. O foco do atendimento eram as pessoas que não eram credenciadas no INAMPS. Nesta época, só aqueles que tinham carteira-assinada eram atendidos pelo INAMPS (BERNARDO, 2007).

Atualmente os hospitais universitários devem atender aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, na Portaria Conjunta Nº1, de 16 de agosto de 1994. Esta Portaria ressalta: compete aos hospitais de ensino a formação de recursos humanos para a consolidação e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde no País; o ensino e a pesquisa devem formar profissionais altamente qualificados e aptos para serem integrados ao sistema de saúde e que a incorporação e/ou geração de novas tecnologias na área da saúde encontra no hospital de ensino, campo propício para o desenvolvimento dessas atividades. Além disso, esta Portaria salienta que, para atender a estes novos desafios, o hospital de ensino deveria receber remuneração diferenciada, pelos serviços que presta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007C; CORRADI, 2008).

De acordo com o artigo 45 da Lei nº. 8.080/90, “os hospitais universitários integrar-se-ão progressivamente ao Sistema Único de Saúde, preservando-se sua identidade física, administrativa e jurídica iniciais”.

Além disso, a Constituição da República Federativa do Brasil, no seu Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 6º, diz: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho(...)”, configurando, assim, a obrigação do Estado que se concretizem por meio de suas instituições de saúde.

Como se pode observar, é evidente que o ensino e a assistência são de responsabilidade mútua das organizações do Estado. Logo, a Universidade tem responsabilidade na qualidade do ensino e da assistência prestados pelo Hospital Universitário. O desenvolvimento eficiente e harmonioso das atividades educacionais, de assistência e de investigação nestes hospitais exige que se conciliem a orientação acadêmica e a administração hospitalar (CORRADI, 1998).

Os Hospitais Universitários, a partir de então, passam a integrar a rede de assistência do SUS e a ser referência para a atenção secundária e terciária, além da função de ensino e assistência. O financiamento destas instituições seria feito então por 4 fontes. Cada procedimento ali executado deveria ser assim financiado: o recurso humano pago pelo Ministério da Educação, a estrutura do hospital paga pelo Ministério da Saúde, a pesquisa embutida naquele procedimento paga pelo Ministério de Ciência e Tecnologia e o procedimento em si pago pela prefeitura (com dinheiro que é recebido do Ministério da Saúde) (BERNARDO, 2007).

Porém, segundo BERNARDO (2007), esse financiamento foi quebrado em diversos pontos.

- 1) Em 1996 são congelados os valores da tabela de procedimentos do SUS.

- 2) A falta de concurso público para contratação, pelo MEC, dos recursos humanos vai gerar uma enorme terceirização. Os custos da terceirização são pagos pelo dinheiro que deveria ser usado na estrutura. Hoje, no HC-UFPR quase 45% do financiamento é usado para pagamento de pessoal terceirizado (celetista) e são necessárias 5 mil novas vagas para quadro técnico-administrativo.

- 3) Com a diminuição do financiamento via governo federal, os Hospitais buscam mais dinheiro via SUS, assumindo para isso metas impossíveis de serem cumpridas. Começa também a busca de financiamento através de doações (Amigos do HC-UFPR, conta de luz, etc.).

Desta forma, fica evidente que nos últimos anos, com a crise da falta de financiamento do SUS, os Hospitais Universitários, por conta da sua grande capacidade e qualidade, ficaram sobrecarregados. Assim, a crise colocada é uma crise de financiamento e de uma grande dívida acumulada por estes hospitais. Para a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino ANDIFES (2007), a dívida dos hospitais seria, em 2003, de R\$ 303 milhões e, para o MEC/MS, seria de R\$ 230 milhões. Segundo a ANDIFES Associação Nacional dos Dirigentes

das Instituições Federais de Ensino (2007), em outubro de 2007 os Hospitais vivem uma situação de “equilíbrio estável” com a dívida chegando a R\$ 440 milhões. E que ainda em 2007 os gastos governamentais com a dívida pública, externa e interna, foram de R\$ 237 bilhões. No mesmo ano, o investimento em saúde foi de R\$ 40 bilhões (BERNARDO, 2007).

Ainda assim, os Hospitais Universitários, que representam 2,3% dos hospitais, respondem por 10% dos leitos e 12% das internações. Por conta da dívida e do quadro acima apresentado, hoje apresentam: quadro de servidores insuficientes, fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio (terceirizados, quarteirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade (BERNARDO, 2007).

Esses hospitais têm como objetivo o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão e assim podem se configurar.

- ✓ Formação: acadêmico-profissional nas diversas áreas, mestres e doutores, ligas e outros projetos.
- ✓ Assistência à saúde: prevenção, ações curativas e de reabilitação, processo pedagógico aliado ao trabalho profissional.
- ✓ Inter-relação acadêmica com a prestação de serviços à assistência da população: aprimoramento do atendimento, com a formulação dos protocolos técnicos para diversas patologias e colocados a disposição da rede do Sistema Único de Saúde como já mencionado anteriormente.

Em 1997, foi criado o sistema de informação dos hospitais universitários o (SIHUF), com o objetivo de coletar e armazenar os dados dos Hospitais Universitários Federais a cada semestre. Este serviço possibilitou aos hospitais enviarem seus dados, alimentando desta forma a base de dados do MEC. Estes dados são necessários para permitir a base de cálculo para a matriz de distribuição de recursos. (SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2007).

Além disso, como já mencionado, a Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

De acordo com o seu Art. 4º: o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da

administração direta e indireta e das fundações pelo Poder Público, constitui o Sistema único de Saúde.

A este respeito o Acórdão do TCU. Nº 130.204/2000-8 de 11/08/2004 estabelece: “Todos os Hospitais Universitários Públicos integrantes que são da administração indireta, integram incondicionalmente o Sistema Único de Saúde, independentemente da vontade de seus dirigentes”.

Neste contexto, se insere o HC-UFPR, que vive a realidade das 45 instituições hospitalares de ensino e pesquisa no país. A seguir apresenta-se o HC-UFPR.

#### 4.3 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

O HC-UFPR começou a ser construído em 1949, no governo de Moysés Lupion, e em 1950, o bloco central estava em vias de conclusão. No final de 1952, a construção foi paralisada por falta de recursos, e o Conselho Universitário promoveu novos entendimentos com o Governo do Estado para transferir o hospital para seu patrimônio, quando o então governador Bento Munhoz da Rocha assinou a lei estadual neste sentido.

A Reitoria da Universidade, sob a orientação do reitor Flávio Suplicy de Lacerda, fez uma revisão no projeto para adaptá-lo à sua finalidade. Após oito anos de construção, o HC-UFPR começou a funcionar em junho de 1961 e foi oficialmente inaugurado no dia 5 de agosto do mesmo ano.

Atualmente o SUS provê a maior parte dos recursos do hospital. Uma vez que constitui o sistema público vigente no País, e como já abordado anteriormente, é organizado de forma descentralizada, com participação dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. A direção do SUS é exercida em âmbito federal pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual, pela Secretaria Estadual da Saúde; e em âmbito municipal pela Secretaria Municipal de Saúde.

Além da prestação de assistência creditada à sociedade, o HC-UFPR é campo para o ensino de diversos setores da UFPR, principalmente do Setor de Ciências da Saúde. Somente o curso de Medicina possuía, em 2007, 530 alunos de graduação e 210 professores. Os principais Departamentos que utilizam o HC-UFPR

são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Saúde Comunitária, Pediatria, Tocoginecologia, Patologia Médica, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional, Medicina Forense e Psiquiatria. Além de cursos da universidade, o Hospital de Clínicas também recebe estagiários de outras instituições de ensino conveniadas com a UFPR.

Como hospital-escola, o HC-UFPR possui expressiva produção científica e seus pesquisadores são reconhecidos nacionalmente e internacionalmente. Para orientar os pesquisadores, em 1997, foi criado o Comitê de Ética em Pesquisa, formado por um grupo de relatores, entre especialistas de diversas áreas e pessoas da comunidade, que são responsáveis pela análise ética dos projetos.

Conta com aproximadamente 60 mil m<sup>2</sup> de área construída, onde circulam cerca de 10 mil pessoas diariamente. São professores, médicos, profissionais, funcionários, voluntários e colaboradores que trabalham de forma essencial para a busca da saúde, da vida e do aperfeiçoamento do complexo hospitalar. O HC-UFPR possuía, em dezembro de 2007, 3.721 funcionários, sendo 1.189 celetistas contratados pela FUNPAR, 2.147 funcionários contratados pelo MEC, 337 terceirizados e 48 cedidos. Do total, 392 eram médicos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007b).

A missão do HC-UFPR é: *“Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão.”* O que dá à instituição algumas características que a diferenciam das instituições que prestam assistência somente.

Caracteriza-se como autarquia, instituição dotada de personalidade jurídica de direito público, descentralizada, instituída por lei, com autonomia administrativa e financeira e sujeita ao controle do governo. Ainda é considerado um departamento da Universidade Federal do Paraná.

Na administração pública brasileira, uma *autarquia* é uma entidade auxiliar da administração pública estatal autônoma e descentralizada. É um tipo de entidade da administração pública indireta. Seu patrimônio e receita são próprios, porém tutelados pelo Estado. O Decreto-Lei nº 200 de 1967, no seu artigo 5º, inciso I, define autarquia como: "Serviço autônomo criado por lei, com personalidade jurídica de direito público, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da



Administração Pública, que requeiram para seu melhor funcionamento gestão administrativa e financeira descentralizada".

As entidades da administração pública indireta são vinculadas aos órgãos da administração pública direta, com o objetivo principal de possibilitar a verificação de seus resultados, a harmonização de suas atividades políticas com a programação do governo, a eficiência de sua gestão e a manutenção de sua autonomia financeira, operacional e financeira, através dos meios de controle estabelecido em lei.

Alguns denominam este controle de tutela, definida por Di Pietro (2006) como a fiscalização que os órgãos centrais das pessoas públicas políticas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) exercem sobre as pessoas administrativas descentralizadas, nos limites definidos em lei, para garantir a observância da legalidade e o cumprimento de suas finalidades institucionais.

Sua organização interna pode vir através de decretos (emanam do poder executivo); de portarias (ministérios, secretarias); regimentos ou regulamentos internos. São autarquias, por exemplo, as universidades federais. Segundo Celso Bandeira de Mello (2008), são pessoas jurídicas de direito público de capacidade exclusivamente administrativa.

Em virtude de mudanças ocorridas no contexto ambiental do HC-UFPR, este atualmente passa por um processo de reestruturação de seu modelo de gestão. Assim, como consequência de mudanças externas, um novo modelo chamado de Unidades Funcionais está sendo implementado no HC-UFPR, apesar de encontrar resistência de grupos de profissionais.

#### QUADRO 7 – DADOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR 2006

| Dados do HC - Dezembro/06 |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Área Construída           | 59.652,45 m <sup>2</sup> |
| Leitos                    | 643                      |
| Ambulatórios              | 455                      |
| Consultórios              | 288                      |

FONTE: Hospital de Clínicas. **Estrutura do hospital de clínicas**. Disponível em:< <http://www.HC-UFPR.ufpr.br/folder2006/apresentacao/estrutura.html>> Acesso em: 15 jan. 2007.

É necessário acrescentar ainda a missão tradicional - ensino e pesquisas - a prestação de serviços à comunidade, visando à integração com ela e ao atendimento de suas necessidades. Uma condição fundamental diz respeito à captação de recursos para a efetivação dos programas e projetos (FUNPAR, 2007).

Aqui, ressalta em importância a busca de fontes de financiamento alternativas em relação aos orçamentos governamentais. A captação de recursos para atender aos projetos de pesquisa, extensão e investimentos não mais aparece como tendência, simplesmente, mas como realidade essencial para as instituições (FUNPAR, 2007).

No propósito de adequar-se às exigências da realidade a UFPR tomou a iniciativa de criar, instalar e garantir o funcionamento da Fundação da Universidade Federal do Paraná para o Desenvolvimento da Ciência, da Tecnologia e da Cultura (FUNPAR), com a participação também do Banco de Desenvolvimento do Paraná, hoje extinto, do Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul, e das Federações da Agricultura, do Comércio e das Indústrias do Estado do Paraná (FUNPAR, 2007).

A FUNPAR é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública pelos governos estadual do Paraná e municipal de Curitiba. Está dotada de organização funcional, flexibilidade operacional e, enfim, de meios e mecanismos eficazes e eficientes que a habilitam ao papel que lhe cabe.

Gerindo muitos programas e projetos, a FUNPAR tem tido importante atuação, através de acordos com organizações públicas e privadas, com resultados significativos que beneficiam e assistem a comunidade, em inúmeras áreas, bem como tem trazido importantes contribuições ao desenvolvimento da pesquisa científica, tecnológica e ensino, na UFPR e outras instituições, em consonância com finalidades e princípios de espírito público.

## 5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PARTE II

Nesta segunda parte da pesquisa são apresentados os dados primários, obtidos por meio das entrevistas.

Com base nos resultados da análise dos dados secundários e corroboração com as informações obtidas nas entrevistas, foram identificadas as principais pressões do contexto ambiental. Como o objetivo deste estudo foi o de analisar o processo de agência na orientação das práticas organizacionais, foram identificadas as pressões e consideradas dentro de um processo recursivo, pois estas, em momentos distintos, podem ter classificações distintas. A análise destas pressões foi realizada em nível agregado, buscando descrever como influenciaram as atividades do HC-UFPR.

A dualidade entre estrutura e ação, representada, neste estudo, pelas pressões ambientais e orientação das práticas da organização, permite que se faça análise integral do processo de institucionalização das práticas organizacionais, bem como a formação de consensos quanto aos propósitos da organização (GRAEFF, 2005).

Neste sentido, as pressões identificadas por meio da análise de dados secundários e posterior corroboração pela análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas são apresentadas e verificadas à luz da interpretação dos atores sociais. Para isso foram identificados os atores sociais relevantes na instituição.

### 5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS RELEVANTES

Nesta seção apresenta-se como ocorreu a identificação dos atores sociais relevantes e os critérios utilizados para esta seleção. Para o atendimento dos propósitos deste estudo foram selecionados os atores com capacidade de agência para influenciar a orientação das práticas organizacionais no HC-UFPR.

Como já mencionado na metodologia de pesquisa, a amostra foi de caráter intencional, sendo estes atores identificados principalmente através de dois critérios: posicionamento na estrutura organizacional e acesso a recursos. Esta escolha deu-se em virtude da consideração de que o estudo busca a relação que as orientações

das atividades da organização se refletem nos esquemas interpretativos de seus atores sociais ou são originadas a partir deles (MACHADO-DA-SILVA e FERNANDES, 1999).

Definidos os critérios de seleção, identificaram-se como atores sociais relevantes na instituição: os diretores, gerentes e coordenadores, que administram os recursos do hospital e orientam suas atividades. Como mencionado nas facilidades e dificuldades na coleta dos dados, para entrevistar todos os atores identificados o prazo das entrevistas teve de ser estendido. Todos os atores identificados foram entrevistados, totalizando 20 entrevistas.

A identificação destes atores como relevantes para o hospital, além de se justificar por sua posição formal na estrutura organizacional e acesso aos recursos, também são corroborados através da análise de tempo de serviço na organização (quadro 8), e pelo número de subordinados. A média de subordinados dos entrevistados é de 610 colaboradores do HC-UFPR.

Os atores estão divididos nos seguintes setores. São eles:

QUADRO 8 – TEMPO SERVIÇO DOS ENTREVISTADOS NO HC-UFPR

| Setor/Serviço   | Formação/ Especialidade                       | Tempo no HC |
|---|---|-------------|
| Diretor Geral   | Medicina                                      | 30 anos     |
| Diretor de Ensino e Pesquisa                                      | Clínica Médica                                | 30 anos     |
| Diretora Financeira   | Ciências Contábeis                            | 6 anos      |
| Diretor Setor de ciências da saúde                                | Clínica Médica                                | 20 anos     |
| Diretora de Assistência   | Enfermagem Pediátrica                         | 24 anos     |
| Diretora Administrativa   | Farmácia Hospitalar                           | 26 anos     |
| Diretora de Corpo Clínico   | Gastroenterologia/ Endoscopia                 |             |
| Diretor do Hospital Maternidade<br>Vitor Ferreira do Amaral       | Medicina Ginecologia/Obstetrícia              | 35 anos     |
| Coordenadora de Enfermagem  | Enfermagem/ Administração hospitalar          | 13 anos     |
| Coordenadora de Atendimento Externo                               | Enfermagem/ Gestão hospitalar                 | 26 anos     |
| Coordenadora dos Serviços<br>de Apoio Diagnósticos e terapêuticos | Farmacêutica Bioquímica/ Micologia            | 20 anos     |
| Coordenadora de Internação  | Enfermagem                                    |             |
| Médico Cirurgião  | Medicina Cirúrgica                            | 35 anos     |
| Médico Pesquisador  | Medicina Ginecologia/ Obstetrícia             | 30 anos     |
| Gerente da Unidade de Nutrição e<br>Dietética                     | Administração de Empresas/ Enfermagem         | 31 anos     |
| Gerente Unidade de Urgência e<br>Emergência                       | Enfermagem Médico-Cirúrgica                   | -           |
| Gerente unidade de informação                                     | Administração de Empresas                     | 20 anos     |
| Gerente Unidade de Hotelaria<br>Hospitalar                        | Administração de Empresas/ Gestão Empresarial | 15 anos     |
| Gerente Unidade de Centro Cirúrgico                               | Enfermagem Médico-Cirúrgica                   | 25 anos     |
| Gerente Unidade de Abastecimento                                  | Tecnólogo em Logística                        | 21 anos     |

FONTE: Dados primários.

Ainda na caracterização da amostra dos respondentes, dos 20 entrevistados 8 são homens e 12 são mulheres; a média geral de idade é de 50 anos e a média de tempo de serviço é 23 anos. Dos entrevistados 65% da amostra realizou sua formação na Universidade Federal do Paraná.

A identificação e escolha destes atores como relevantes justifica-se ainda quanto ao propósito desta pesquisa. Haja vista que, nas dimensões Assistenciais e Ensino e Pesquisa, são estes que interagem e interpretam as pressões ambientais na orientação do comportamento organizacional.

## 5.2 PRESSÕES AMBIENTAIS

No início do século passado, já se observava a ocorrência das principais pressões ambientais, sociais e políticas que influenciaram nas atividades dos HU's. Em 24 de janeiro de 1923, a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Eloi Chaves representou o marco inicial da previdência social no Brasil. Originada da demanda social e apresentada como interesse político (Oliver, 1992).

Com o objetivo de promover a expansão do sistema econômico, em 1930, foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado, estabelecendo, paralelamente, nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças comandada por Getúlio Vargas. Foram assim criados os “Ministérios do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista (POLIGNANO, 2008). Mudanças no aspecto institucional do ambiente que moldaram o aspecto técnico do contexto ambiental da saúde no país.

O desdobramento dos Ministérios veio a ocorrer em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que instituiu o Ministério da Saúde. O Ministério da Educação e Saúde é então dividido em dois ministérios, o da Saúde e o da Educação e Cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Atualmente, essa mudança ainda reflete a falta de atribuição das responsabilidades dos Ministérios sobre as atividades dos HU's. Pressões políticas resultantes da distribuição de poder interferem diretamente nos recursos destinados para estes hospitais (Oliver, 1992).

A formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro, Estácio Souto Maior, em 1961, objetivou redefinir a identidade do Ministério da

Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social dos anos 60, marcada pela desigualdade social, baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Observa-se que o aspecto institucional do ambiente atua na elaboração e difusão de regras e procedimentos.

A síntese acima apresenta parte da dinâmica das pressões sociais e políticas que configuraram o contexto ambiental da saúde no país e fundamentaram as principais mudanças, que serão analisadas a seguir, no percurso da história do HC-UFPR. As expectativas societárias e as definições políticas representaram marcos importantes para a compreensão da lógica de funcionamento dos HU's e estruturação do campo destes hospitais de ensino.

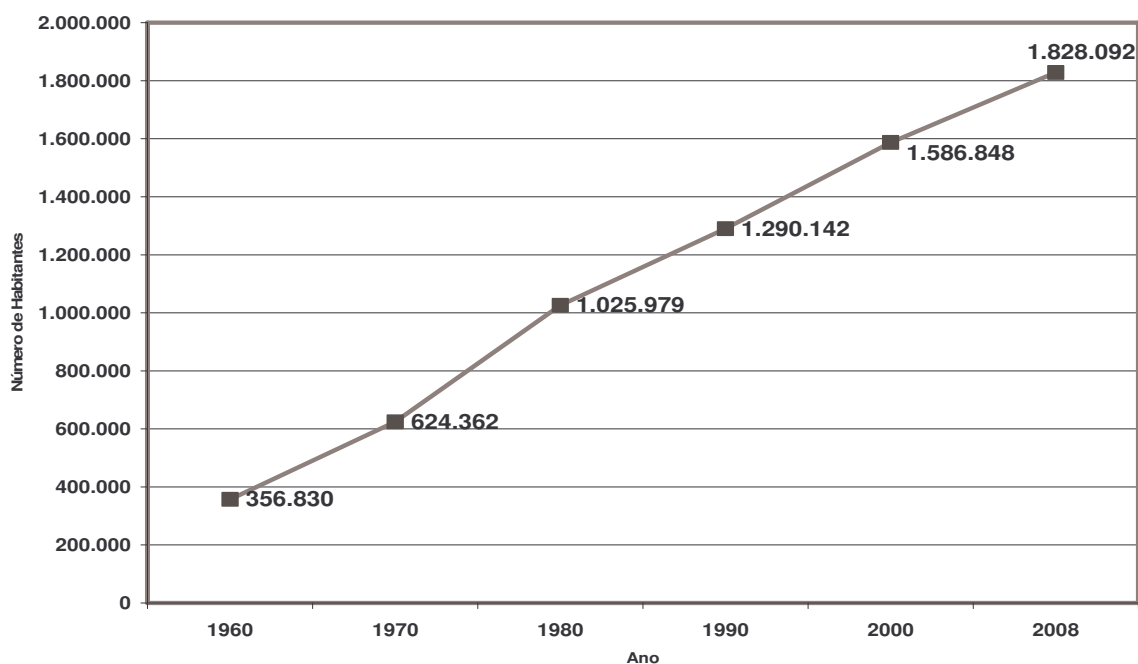
Neste cenário é criado o HC-UFPR, um hospital escola com o propósito de servir aos interesses do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná. O mantenedor, da instituição inaugurada no ano de 1961, é o Ministério da Educação, então, único responsável pelo orçamento do hospital-escola.

No percurso de 1961 a 2008 foram muitas as pressões do ambiente que influenciaram as atividades do HC-UFPR. As origens destas pressões foram de diversas fontes, entre elas destacam-se a influência dos já mencionados Ministérios da Saúde e da Educação, da Universidade Federal do Paraná e da sociedade paranaense.

Desde sua criação, HC-UFPR acompanhou o crescente aumento da demanda da sociedade por serviços médicos, em especial de Curitiba e região metropolitana. Este aumento acompanhou o crescimento populacional que influenciou a demanda por serviços de saúde à população, fato este que contribuiu para que o hospital amplie sua estrutura e o número de serviços, passando por inúmeras reformas.

Como se pode observar no Gráfico 1, quando o HC-UFPR foi inaugurado a população de Curitiba era de 356.830 habitantes, hoje em 2008, Curitiba conta com 1.828.092 habitantes (IBGE, 2008). Assim, a capital paranaense representa cerca de 56% dos procedimentos realizados no HC-UFPR.

GRÁFICO 1: CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA



Fonte: IBGE. **Contagem da população**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm> > Acesso em: 15 jun. 2008.

Hoje, a capital paranaense conta com 0,76 leitos públicos, média de 2,67 consultas (SUS) e 5,57 internações para cada mil habitantes. No Estado são cerca de 1,62 médicos para cada mil habitantes (IBGE, 2008).

Esse aumento populacional e na demanda por serviços da saúde teve impacto significativo na estrutura do HC-UFPR; ao longo do tempo aumentou sua capacidade produtiva e o número de serviços prestados.

Corroborando Seifert Junior (2004), uma vez que o HC-UFPR se encontra inserido em contexto ambiental dinâmico, considera-se que desta relação subsiste sua existência; assim as suas estruturas e práticas organizacionais se tornam suscetíveis às pressões ambientais.

Observa-se que, além de condicionar a sobrevivência do hospital, os mecanismos sociais, políticos e instrumentais, dentro e fora da organização, foram condicionantes para a orientação e existência das práticas organizacionais, consideradas principalmente no sentido de sua institucionalização. No caso do HC-UFPR, influenciou-se principalmente no seu quantitativo, que originou a inversão da lógica de funcionamento da instituição de ensino.

As influências ambientais, ocorridas no percurso histórico do HC-UFPR, foram analisadas em três períodos. O primeiro período (1961-1980) representou fortemente o propósito de criação da instituição, ensino e pesquisa, com as primeiras influências ambientais para a produção de serviços ocorridas na década de 1970, que iniciariam o processo de inversão na lógica de funcionamento da instituição. O segundo período (1981-1995) compreendeu as principais pressões sociais e políticas que mudaram o foco do atendimento do HC-UFPR para pacientes previdenciários, enfatizando a assistência. O terceiro período (1996-2008) representou a adequação da instituição às pressões sociais, com iniciativas voltadas para sua sobrevivência, condicionando estrutura e práticas para a assistência, visando ao recebimento pelos procedimentos prestados.

A escolha dos períodos 1961-1980; 1981-1993; 1996-2008 se justifica ainda para a compreensão da recursividade no processo de institucionalização das práticas organizacionais que condicionaram a sobrevivência da instituição. A seguir apresentam-se as influências do contexto ambiental que sucedeu à criação do hospital, no primeiro período 1961-1980, início da trajetória de existência do HC-UFPR.

### 5.2.1 Primeiro Período (1961-1980)

Neste período a ênfase da instituição está no ensino e pesquisa; sua realidade permite o foco nos interesses da academia. Apenas os casos interessantes para estudo são atendidos no HC-UFPR. Os pacientes são, na sua maioria, indigentes, que chegam a passar mais de um mês internados no hospital. Com esta média alta de permanência de pacientes, o ensino e a pesquisa são favorecidos. O período ainda é marcado pela abundância de recursos provenientes do Ministério da Educação, mantenedor das instituições hospitalares de ensino públicas.

No contexto ambiental do HC-UFPR identifica-se como pressão política, no início deste período, a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), ocorrida 1963, convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. A Conferência teve como um de seus objetivos principais



alinhamentos gerais para determinar nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação, resultantes da distribuição do poder (Oliver, 1992).

Esta pressão política originou o marco no processo de institucionalização do atendimento previdenciário pelos hospitais de ensino público. Com os militares no poder, em 1964, Raymundo de Brito firma-se como ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social.

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde.

Diante da necessidade de legitimar um governo ditatorial perante a população, o regime, utilizando-se do sistema previdenciário, procurou garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social. Visto que anteriormente somente os trabalhadores pertencentes a determinadas categorias profissionais, mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, tinham direito a esses benefícios.

Ainda em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), houve a unificação dos diferentes benefícios. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados.

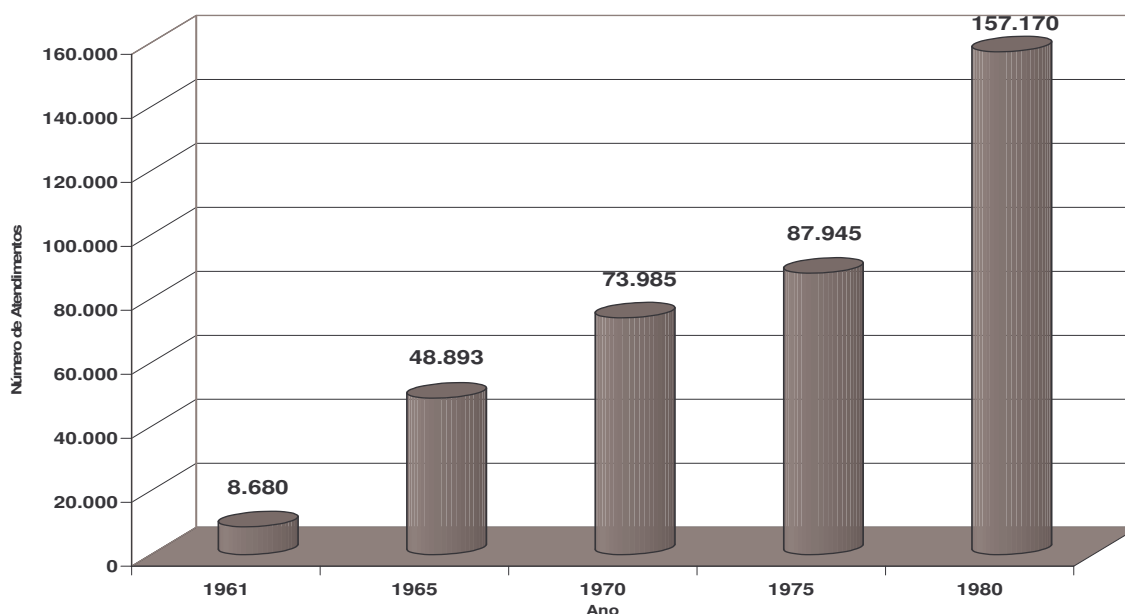
Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era o de assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAP's; alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Essas pressões políticas e sociais de natureza ambiental deram origem a mudanças que influenciaram a rotina dos hospitais de ensino público.

Assim, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o

aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. Em conformidade com Oliver (1992), observa-se que uma pressão de origem política gerou uma pressão instrumental em adequação às novas práticas.

Nesta época se inicia o crescimento no número de atendimentos realizados pelo HC-UFPR. Com o atendimento prestado aos trabalhadores previdenciários, a instituição vislumbrou a possibilidade de agregar um recurso extra, com o recebimento pelos procedimentos realizados. Neste período houve aumento significativo no número de atendimentos, conforme se observa no Gráfico 2.

GRÁFICO 2: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO 1



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

O aumento do número de atendimentos no período é de 1.720%; o crescimento na década de 1960 foi de 752% e de 112% na década de 1970. O grande crescimento da primeira década pode ser explicado: o hospital foi inaugurado em agosto, logo, os atendimentos deste ano representam 5 meses de trabalho. Mesmo com grande crescimento no primeiro período, os reflexos do atendimento aos previdenciários só se observam no período seguinte.

No campo da organização da saúde pública no Brasil, o aspecto institucional do ambiente se revela no desenvolvimento das seguintes ações no período militar: Promulgação do Decreto Lei 200/67, estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitária.

De acordo com Scott (2003), verifica-se que essas ações visam à conformidade das organizações a normas e procedimentos, estabelecendo o controle do aspecto institucional do ambiente.

No âmbito organizacional, observa-se no HC-UFPR em 1972, a criação do primeiro centro médico do Brasil a criar o Diagnóstico de Doenças Neuromusculares pelo Serviço de Neurologia e no ano seguinte; Em 1973, é realizado o primeiro transplante renal. No contexto ambiental, verifica-se que algumas categorias profissionais somente na década de 1970 conseguiram tornar-se beneficiárias do sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais, com a criação do PRORURAL em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e os empregados domésticos e os autônomos em 1972.

Este sistema se foi tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Antes disso, em 1974, o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

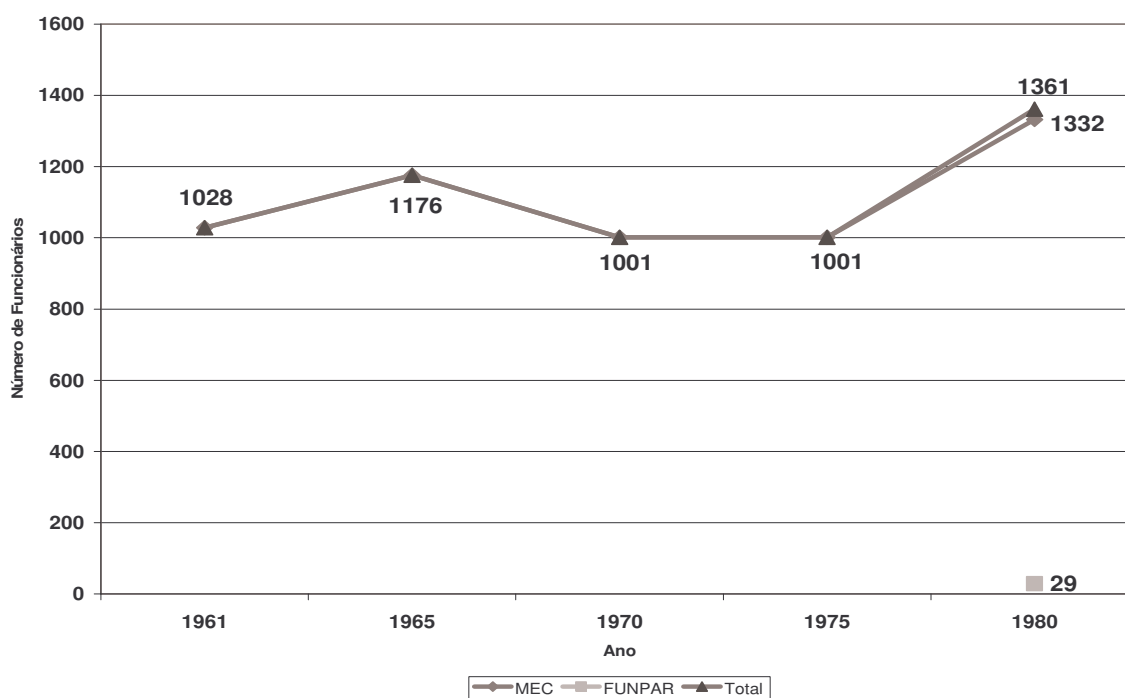
Neste momento a pressão social, com a nova demanda de pacientes previdenciários, começa a influenciar as atividades do HC-UFPR. Conforme extrato a seguir:

“Eu já peguei o primeiro momento entre o final da minha graduação e o ali 74, 75 quando houve a primeira grande mudança no hospital, que de um hospital que só atendia os chamados indigentes e que, portanto, não precisava vender serviço, começou a atender funrural. Num primeiro momento, os trabalhadores rurais,

antigamente tinham seu sistema de previdência que era o fundo rural e logo na sequência o trabalhador urbano pelo INPS. Então ali no período 74 a 80 o hospital deixou de ser um hospital só de indigente, inteiramente financiado pelo ministério de educação via universidade e passou a ser um hospital que começou a vender serviços e receber turistas para outros ministérios”.

Neste período com o aumento da produção, na transição dos anos 1974 a 1980, em que o hospital deixou de atender somente indigentes e passou a receber por parte de seus serviços, houve necessidade de contratação de pessoal. Como se observa no Gráfico 3, foi significativo o aumento iniciado nos anos de 1975 que até o final do período 1980, representou um crescimento de 36% no quadro de pessoal.

GRÁFICO 3: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS PERÍODO 1



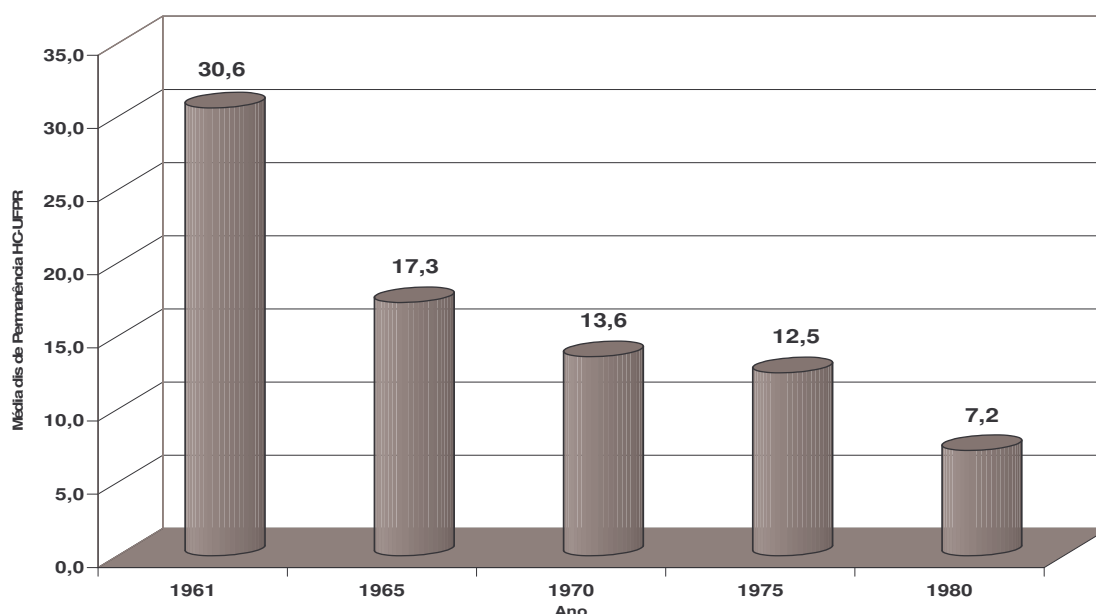
FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Devido à dificuldade de novas contratações via MEC, pois o ministério teria de abrir concurso para contratação de novos funcionários, no propósito de adequar-se às exigências da realidade, a Universidade Federal do Paraná (UFPR), criou e garantiu o funcionamento da Fundação da Universidade Federal do Paraná

(FUNPAR). No mesmo ano de sua criação 1980, o HC-UFPR dá início às contratações via FUNPAR, contratando 29 profissionais.

Com a lógica de produção surge a busca por eficiência. Nos anos de 1961 a 1970, houve diminuição no tempo de internação dos pacientes em 55%; já nos anos 1970 a 1980, a média de permanência dos pacientes no HC-UFPR diminuiu em 46%. Com a diminuição no tempo de permanência, o hospital consegue atender a um maior número de pacientes.

GRÁFICO 4: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PACIENTES PERÍODO 1



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Verifica-se que, no decorrer do primeiro período a média de permanência diminuiu 76%. Este fato pode ser explicado pelo avanço da medicina, novas tecnologias e o maior número de funcionários, que aumentou 32,39%, conforme Gráfico 3. Neste período, como já mencionado, os funcionários eram exclusivamente contratados pelo MEC. De acordo com o extrato a seguir:

“Anteriormente o hospital, como hospital-escola, o MEC financiava, então os professores pegavam os indigentes e tal, pra ensinar medicina. Com a mudança do perfil do hospital, principalmente do financiamento dele que começou a depender do

recurso da sua assistência, começou a ter esse conflito, porque daí o professor não queria depender do sistema de saúde pra atender”.

Identifica-se que o aspecto institucional do ambiente provocou as mudanças que trouxeram conflito para as instituições hospitalares de ensino. Pode-se observar que a instituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, estabeleceu, de forma sistemática, o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Indo ao encontro do proposto por Dimaggio e Powell, (1983); Machado-da-Silva e Fonseca, (1999) o aspecto institucional do ambiente já começa a definir, assim, regras e procedimentos para as instituições médicas no país.

Este documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Observa-se que na tipologia de Oliver (1992), tanto pressões sociais como políticas, ocorreram em nível de análise ambiental. Verifica-se que tais pressões originaram pressões instrumentais de natureza organizacional, com origem nos períodos subsequentes.

No HC-UFPR, em 1978, são Inaugurados o Banco de Leite Humano e o serviço de Hematopediatria. No ano seguinte é realizado 1º transplante de Medula Óssea e Implantada a Informática no hospital. Em 1980 é inaugurado o Centro Cirúrgico no 5º andar do prédio central. O hospital começa a se tornar referência em diversas áreas.

Neste primeiro período observa-se a forte ênfase acadêmica na assistência prestada pelo HC-UFPR, com as primeiras mudanças ocorridas no aspecto institucional do ambiente que, aos poucos, começaram a mudar a lógica de funcionamento do hospital-escola. O período é encerrado com o início de uma produção voltada para os pacientes previdenciários, que representou receita extra para os HU's.

### 5.2.2 Segundo Período (1981-1995)

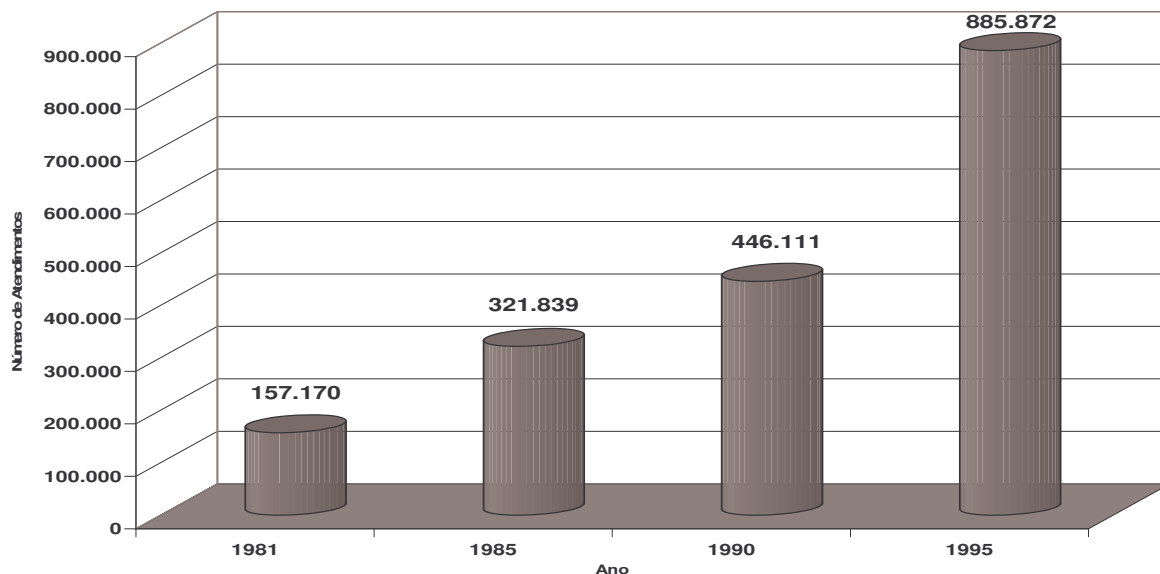
O segundo período (1981-1995) é marcado com as principais pressões sociais e políticas, que condicionaram o foco do atendimento do HC-UFPR para pacientes previdenciários, enfatizando a assistência. Verifica-se que as mudanças no aspecto institucional do ambiente tiveram seus reflexos no HC-UFPR na busca de adequação das práticas organizacionais às pressões sociais. Observa-se também, que esta busca de adequação gerou uma pressão instrumental de natureza organizacional. As práticas vigentes no período em questão foram questionadas; começa demanda por eficiência e recursos; as práticas institucionais de ensino e pesquisa começam a se tornar incompatíveis com os objetivos econômicos e técnicos (OLIVER, 1992).

As mudanças no aspecto institucional do ambiente continuam. Na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao INAMPS. O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status, implicando pressões políticas de caráter ambiental, resultantes da distribuição de poder. Verifica-se que, em diferentes momentos, as pressões mudam de caráter; observa-se que as pressões sociais resultam em pressões políticas de natureza ambiental.

Em 1983, foi criada a AIS (Ações Integradas de Saúde), projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando a novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por Estados, Municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Neste período de 1961 a 1995, conforme Gráfico 5, o número de atendimentos continua a crescer, representando 463% de aumento, indício do aumento da demanda e da consecutiva expansão do hospital. Com volume de produção alto, surge a necessidade de estrutura adequada para o atendimento.

GRÁFICO 5: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO 2



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Algumas obras e acontecimentos do período foram: Implantação do Alojamento Conjunto na Maternidade, Inauguração da Creche do Hospital, Implantação do SIH - Sistema de Informações Hospitalares, Inauguração do Centro Obstétrico, Inauguração das novas instalações do Serviço de Oftalmologia, Início da utilização do Correio Eletrônico, Início da reestruturação do Laboratório de Função Pulmonar.

Com o movimento das DIRETAS JÁ em 1985 e a eleição de Tancredo Neves, chega ao fim o regime militar, gerando diversos movimentos sociais, na própria área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) (POLIGNANO, 2008).

Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988, fato este de grande impacto na área da saúde.

Neste período, o subsistema de atenção médico-supletiva cresce vertiginosamente, de tal modo que no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000 de



brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00. Ao subsistema público compete atender a grande maioria da população, em torno de 120.000.000 de brasileiros (1990), com os minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal (POLIGNANO, 2008).

Do final da década de 1980 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento deste Sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c). A Constituição Federal e a posterior criação do SUS configuraram as principais mudanças no aspecto institucional do ambiente, ocorridas no segundo período. Estas mudanças representaram as principais pressões sociais que influenciaram as práticas do HC-UFPR para a assistência. Conforme se observa no extrato que segue:

“Outro momento assim, momento que também representou impacto no hospital, foi no começo dos anos 90, quando a partir da constituição que estabeleceu o sistema único de saúde, o hospital se tornou praticamente responsável por buscar o seu recurso. O hospital passou a ser um vendedor de serviços. Mas com toda essa mesma cultura de que era o ensino, de que tinha as pontas e as pesquisas. Só que agora ele tinha que vender serviço e se sustentar disso. O que o sistema único de saúde trouxe para o hospital foi um impacto, se olhar de um lado pode ser positivo, porque representava mais dinheiro, mas pelo outro lado era um impacto negativo, porque nunca a assistência o que se pagava pela assistência, nem cobria o custo da assistência mais o ensino e mais a pesquisa”.

A constituinte de 1988, no capítulo VIII *da* Ordem social e na secção II referente à Saúde, define no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de

funcionamento. O sistema é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Neste caso, por força de lei, os HU's automaticamente passam a integrar o sistema.

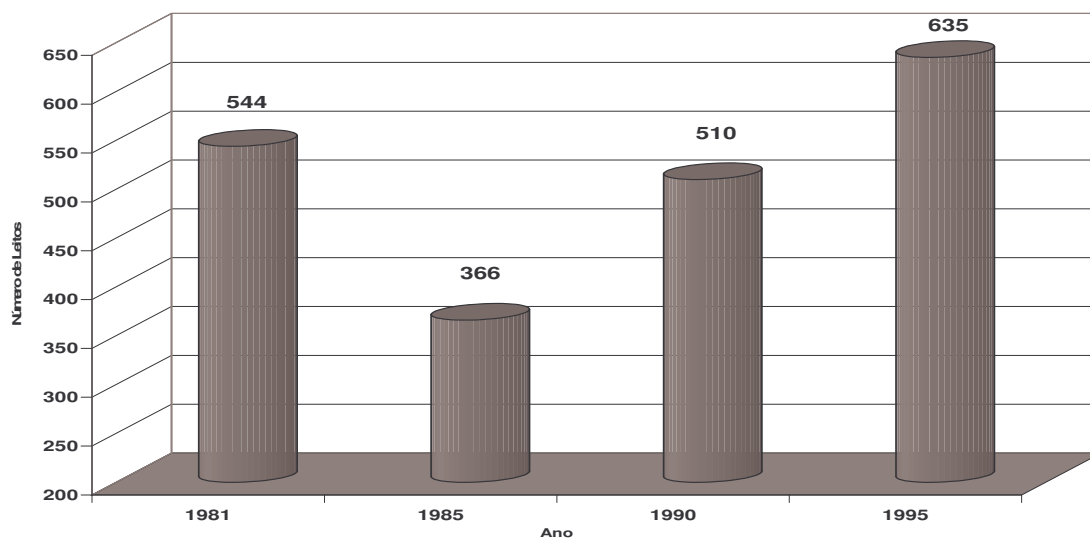
O caráter regulativo das mudanças ocorridas gerou conflito de interesses e consecutiva pressão política nos hospitais de ensino. Médicos professores perdem poder diante destas mudanças. Eles entendiam que o hospital estava sendo entregue ao SUS, como se observa no extrato a seguir:

“Com a constituição de 1988, quando se criou o SUS, por lei as instituições hospitalares independente da sua relação de dependência hierárquica governo federal, estadual, municipal ela constitui o sistema único de saúde. Então essa foi a primeira grande mudança que afeta diretamente os hospitais universitários e com grande resistência das universidades os docentes entendem que os hospitais são entregues ao SUS. Eles não são entregues, eles constituem o sistema único por lei, a constituição prevê isso, por lei está regulamentada”.

Sob outro aspecto, um dos princípios do SUS, o da universalidade, representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo sistema, ou seja, qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendida nas unidades públicas de saúde, lembrando que antes apenas os trabalhadores com carteira registrada faziam jus a esses serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

Observa-se ainda, no Gráfico 5, que entre os anos de 1990 e 1995, como resultado dessas mudanças, houve o maior aumento no número de atendimentos do segundo período, com 98,57% de crescimento. O princípio da universalidade do SUS sobrecarrega, assim, as estruturas dos hospitais de ensino no país. Nesta mesma época, o HC-UFPR tem um aumento significativo no número de leitos de 510 para 635. Como se observa no Gráfico 6.

GRÁFICO 6: NÚMERO DE LEITOS PERÍODO 2

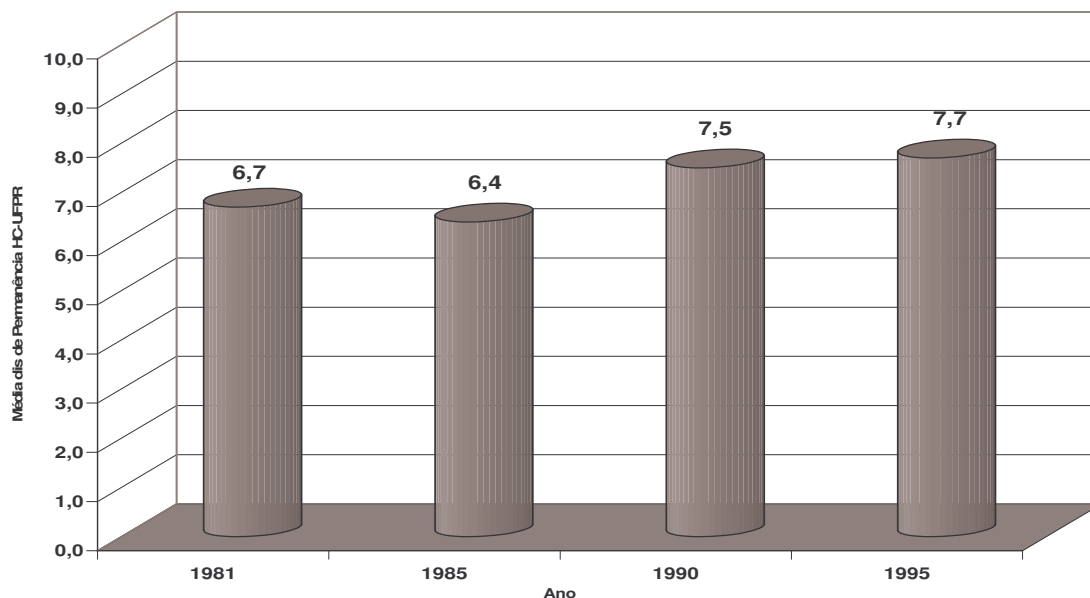


FONTE: Documentos internos HC-UFPR

A Lei 8.080 ainda estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei, em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para Estados e Municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. De acordo com Scott (2003), observa-se que as mudanças, no aspecto institucional do ambiente, começam a modelar o aspecto técnico com a busca de recursos e a eficiência nos serviços prestados.

A produção do hospital continua a crescer: mas, como se observa no Gráfico 7, a média de permanência dos pacientes no HC-UFPR é estabilizada, sem grandes alterações.

GRÁFICO 7: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PERÍODO 2



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Os artigos da lei 8.080 foram substancialmente modificados com a edição das NOB's. As NOB's trata de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 e 01/02. Observa-se que, no contexto ambiental do HC-UFPR, ocorreram diversas mudanças de aspecto institucional que fundamentaram a mudança na lógica de funcionamento da instituição. Esta agora volta sua atenção para a assistência, preocupando-se com a produção de serviços.

No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello foi implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o estado ao mínimo, a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. As NOB's, editadas durante o governo Collor, consistem em instrumentos normativos que têm por objetivo regular a transferência de recursos financeiros da União para os Estados e os Municípios, além de disciplinar o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. A primeira NOB foi editada em 1991. A NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo

um sistema de pagamento por produção de serviços. Neste momento, mesmo com parte da folha de pagamento sendo custeada pelo MEC, o HC-UFPR depende da sua produção para sobreviver.

Assim os Estados e os Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, de acordo com as mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados. Observa-se o aspecto técnico do ambiente, no surgimento de um modelo de atenção à saúde, direcionado à produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados.

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o sistema implantado pela NOB 01/91 e o preconizado pela Constituição Federal e pelas Leis que regulamentavam o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos Municípios. Assim, de acordo com o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros.

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993.

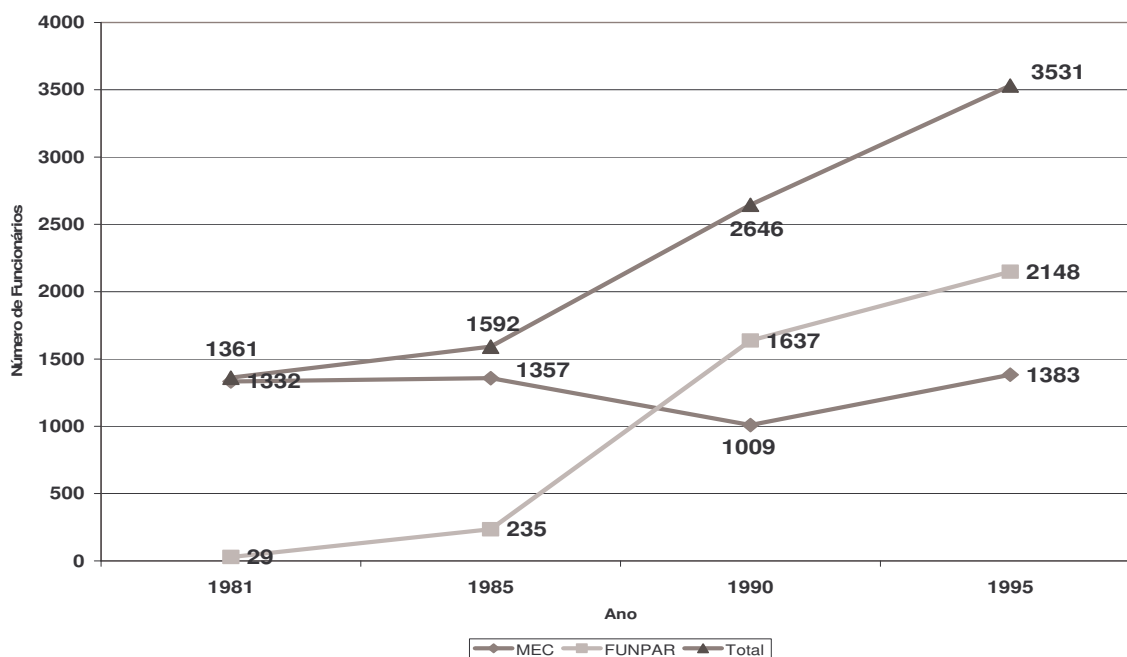
Com a criação da FUNPAR no início do período analisado e o contínuo aumento na demanda por serviços de saúde o HC-UFPR continua a contratar pessoal para atender às necessidades da instituição.

“Aí começou a expansão, onde houve a inversão. Então nós tivemos três mil e poucos funcionários contratados pela FUNPAR e o dinheiro era suficiente. Só que o governo, aí que foi o golpe, ele foi saindo e daí recurso que vinha pelo MEC foi sumindo... sumiu por completo, e hoje a subsistência é só pela produção, pelo SUS e aí começou a morte do hospital. Porque o hospital cresceu além da sua capacidade, com recursos e... agora tem que sobreviver... e além disso ao longo dos anos foi incorporando muita tecnologia”.

Como se observa no Gráfico 8, houve aumento significativo no quadro de pessoal. O aumento de funcionários contratados pelo MEC representou 4% no período contra 7.306% dos contratados pela FUNPAR. Do quadro de pessoal da instituição no final do período, os contratados através da Fundação representam 60% do total. Verifica-se que as principais pressões foram as sociais, com controle

exercido pelo aspecto institucional do ambiente. Ainda no Gráfico 8, observa-se no início dos anos 1990 o maior crescimento no quadro pessoal do período 2.

GRÁFICO 8: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS MEC E FUNPAR PERÍODO 2



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Dos acontecimentos no HC-UFPR neste segundo período destacam-se: a criação do SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; a fundação da Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas; o Início do serviço de voluntários; a realização da 1ª SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho; Título de Hospital Padrão pelo Ministério da Saúde, por ter-se destacado em atividades de controle de infecção hospitalar com certificado assinado pelo Ministério de Estado da Saúde e pelo Secretário Nacional de Assistência à Saúde; a realização do 1º transplante hepático, do 1º transplante de medula óssea utilizando células de sangue de cordão umbilical e dos primeiros transplantes de córnea e cardíaco. O hospital cresce em adequação às pressões ambientais e, por se tornar referência em muitas áreas, cria novas demandas.

Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou

que, a partir daquela data, os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social. Apesar de estar descumprindo 3 Leis Federais, que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência, a partir daquela data, não mais transferiu recursos para a área da saúde, agravando a crise financeira do setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

No segundo período observa-se forte influência de importantes pressões sociais ocorridas no percurso histórico do HC-UFPR. A ênfase das práticas da instituição foi orientada para o propósito assistencial. Com a Constituição Federal e posterior criação do SUS, o aspecto institucional do ambiente moldou o aspecto técnico. Assim, com o princípio da universalidade do SUS, todos têm direito de ser atendidos nas unidades públicas, o que ocasionou aumento da demanda. Destarte, condicionou-se a instituição para a busca do desempenho técnico; aumentou a produção, na busca por eficiência e recursos. O período é encerrado com déficit, originando iniciativas em adequação à nova realidade.

### 5.2.3 Terceiro Período (1996-2008)

O terceiro período é marcado por mudanças na estrutura organizacional, com a implantação de novo modelo de gestão, visando à agilidade nos serviços prestados e redução de custos.

As mudanças ocorridas em âmbito institucional agravaram a crise de financiamento no setor da saúde, e o próprio ministro da Saúde Adib Jatene (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde propõe a criação da CPMF, passando o imposto a vigorar em 1997. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram freqüentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro.

A divergência de interesses políticos continua afetando o repasse de recursos para o setor da saúde. Na tipologia de Oliver (1992), considera-se que estas

pressões são políticas de natureza ambiental, divergência de interesses, com a alteração de regras e procedimentos no repasse destes recursos, e pressões sociais. Essas mudanças, no aspecto institucional do ambiente vêm corroborando Dimaggio e Powell, (1983); Machado-da-Silva e Fonseca, (1999); foram responsáveis por moldar o aspecto técnico, alterando, assim, a lógica de funcionamento das instituições hospitalares de ensino, que passaram a priorizar o desempenho na assistência.

Em 1996, o governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da municipalização. Com dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os Municípios de determinadas responsabilidades de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c). A gestão plena do sistema municipal é o atual modelo vigente no município de Curitiba, no qual se insere o HC-UFPR.

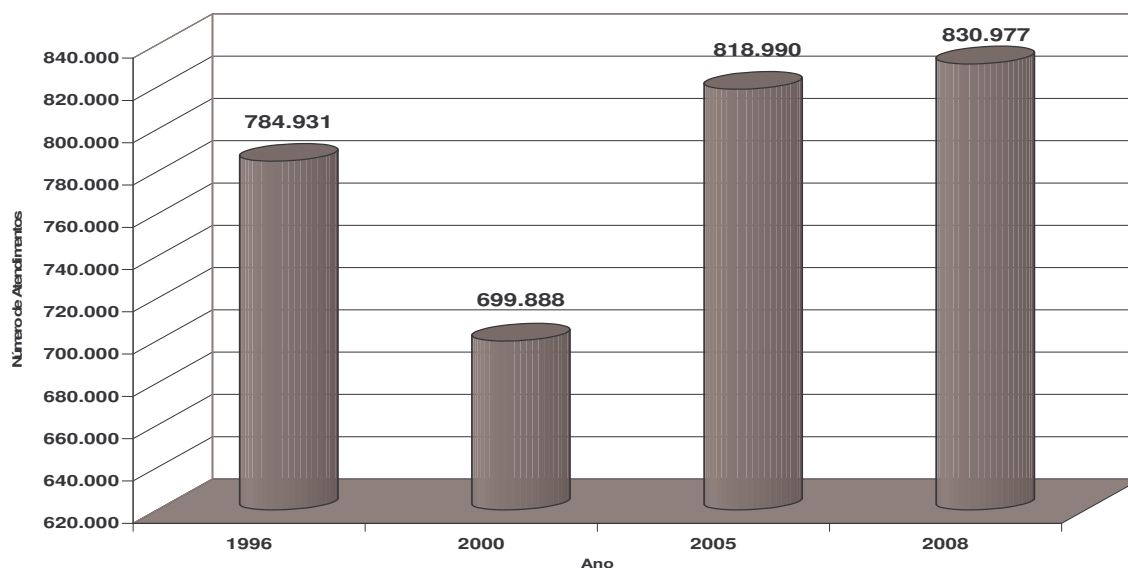
No início do terceiro período, o HC-UFPR continua se tornando referência em muitos serviços. Em 1994, tem-se a realização da 1ª cirurgia de epilepsia, pelo Programa de Cirurgia de Epilepsia do Hospital de Clínicas da UFPR. Em 1995, a realização do 1º transplante de ossos pelo Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Em 1996, a Inauguração das novas instalações do Serviço de Cirurgia Pediátrica, e da Unidade de Endocrinologia Pediátrica. Em 1997, o início das atividades do Ambulatório de Síndrome de Down. Em 1998, a inauguração do Banco de Olhos e a Inauguração do Banco de Ossos e Tecidos Músculo-Esqueléticos.

Verifica-se que o aumento na demanda dos serviços prestados pelo HC-UFPR é também explicado pelo desenvolvimento e avanços na medicina. Estes novos procedimentos criam novas demandas; assim, o hospital expande sua estrutura para o atendimento. O que se observa é que todos os setores são importantes para o ensino, mas o quantitativo do SUS sobrecarrega a estrutura acadêmica da instituição.

Como se observa no Gráfico 9, entre os anos de 1996 a 2000, houve uma contração no número de atendimentos. Foi o momento em que os pacientes não poderiam ser atendidos, se não fossem encaminhados aos postos de saúde; este sistema de triagem representou um ajuste nas atividades do HC-UFPR que passou por uma reestruturação em adequação às novas práticas.



GRÁFICO 9: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO 3

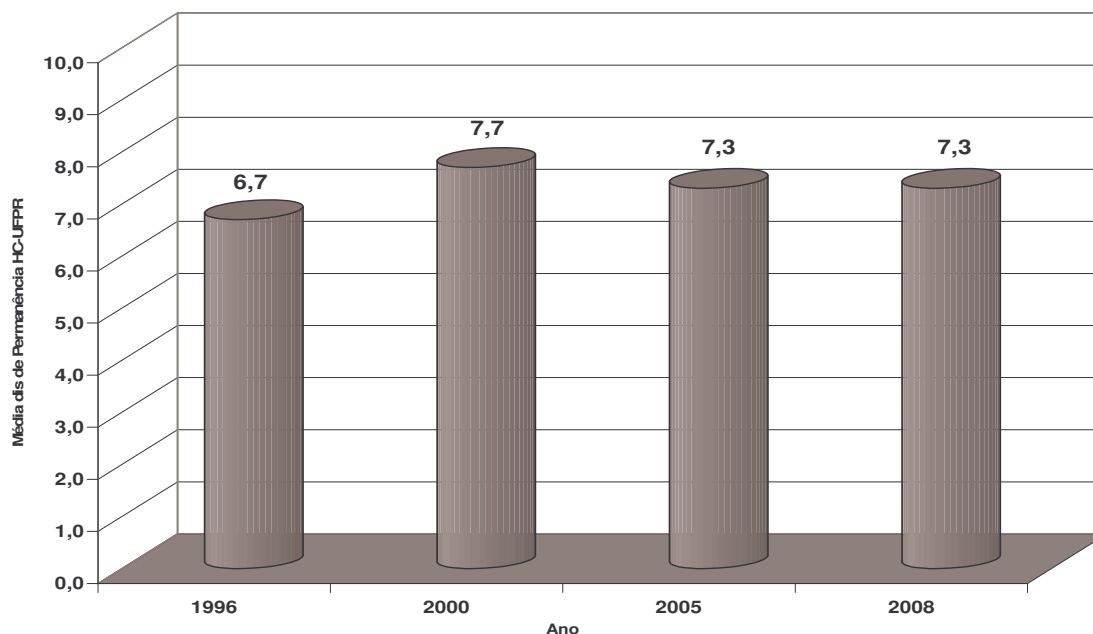


FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Na segunda gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1998, há previsão de diminuição de verbas para o orçamento de 1999, até mesmo na área de saúde. O contexto ambiental, através de pressões políticas, continua contribuindo para pressões instrumentais de natureza organizacional.

A média de permanência, como se observa no Gráfico 10, é estabilizada neste terceiro período. Representando a institucionalização de práticas voltadas para a assistência. Entendendo-se por institucionalização o processo de transformar crenças e ações sociais em regra de conduta social (BERGER e LUCKMANN, 2001; MEYER e ROWAN, 1991; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1999), observa-se que mecanismos coercitivos de natureza ambiental foram os responsáveis pela institucionalização de novas práticas, instituindo uma lógica instrumental que reforça a produção da instituição.

GRÁFICO 10: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PERÍODO 3



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Já em 2002, tem-se a criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002, que representou a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu-se o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, de busca de maior equidade e criaram-se mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde.

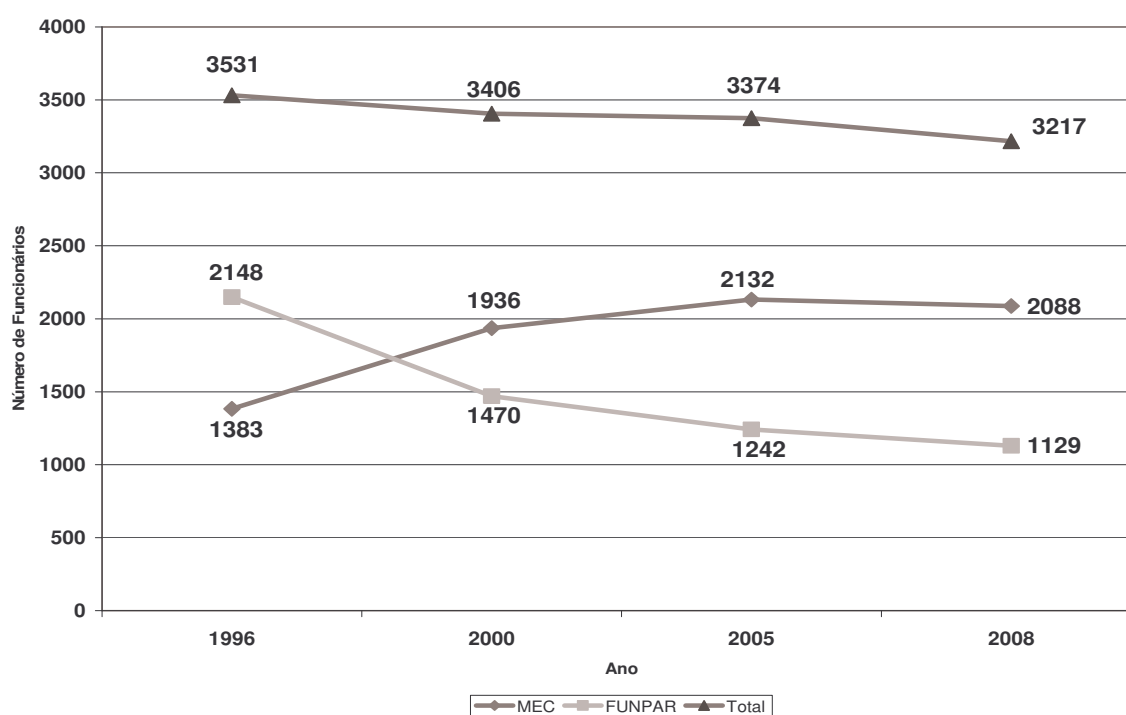
Neste mesmo ano, o HC-UFPR optou por uma mudança organizacional e gerencial através de um modelo de gestão, baseado na descentralização das decisões e na corresponsabilidade do corpo funcional. O modelo de gestão de Unidades Funcionais ou de Produção, como proposto pelo Ministério da Saúde para os Hospitais Federais, Estaduais e Municipais, vem ao encontro das necessidades originadas no contexto ambiental, através das pressões sociais, políticas e instrumentais (OLIVER, 1992). É a consolidação das mudanças que focam a assistência, com o atendimento aos controles técnico e institucional do ambiente.

Desde a proposição para a criação de 22 Unidades Funcionais até dezembro de 2006, tinha-se apenas 10 Unidades contratualizadas e 5 Unidades em processo

de implantação, ficando como desafio para os próximos dois anos a implantação das demais 8 unidades que são unidades assistências e apresentam resistência ao novo modelo. Com este novo modelo o statu quo dos chefes de departamento, que são professores, é comprometido.

O que se verifica em todos os períodos é a necessidade constante de pessoal e uma dificuldade financeira ocorrida com a contratação de terceirizados. A falta de concurso público para contratação, pelo MEC, dos recursos humanos gera enorme terceirização. Os custos da terceirização são pagos com dinheiro que deveria ser usado na estrutura. Hoje, Considerando os contratados FUNPAR quase 45% do financiamento é usado para pagamento de pessoal.

GRÁFICO 11: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS MEC E FUNPAR PERÍODO 3



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Conforme se observa no Gráfico 11, o período é caracterizado por uma redução dos funcionários contratados via FUNPAR e aumento nos contratados via MEC. O total de funcionários apresentado no Gráfico considera somente contratados FUNPAR e MEC, não contabilizados funcionários cedidos e outros terceirizados. O total de colaboradores do quadro de pessoal é de 3.646.

Em adequação às exigências ambientais, o HC-UFPR continua a expandir e adequar sua estrutura. Algumas iniciativas foram: em 1999, a Inauguração das novas instalações do SEMPR - Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Paraná; inauguração do CENEP - Centro de Neuropediatria. Em 2000 a inauguração das novas instalações do Laboratório de Função Pulmonar. Inauguração das novas instalações do Ambulatório de Neoplasia Infantil. Em 2001 a Inauguração das novas instalações do Biobanco e do Banco de Sangue de Cordão Umbilical. Reforma do Pronto Atendimento Adulto e da Pediatria. Em 2002, Inauguração da UTI Cardiológica. Em 2003 - Inauguração da Unidade de Urgência/Emergência com 5.689,75 m<sup>2</sup>.

Em 2004, algumas iniciativas foram: reforma do Centro Obstétrico. Reforma do Serviço de Alojamento Conjunto. Reforma de espaço físico do Serviço de Infectologia para tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave. Reforma do depósito de inflamáveis da Unidade de Farmácia Hospitalar. Reforma do Serviço Ambulatorial de Otorrinolaringologia. Continuidade da implantação do Projeto das Unidades Funcionais como novo modelo de gestão. Em 2005 a construção de barracão com área de 200 m<sup>2</sup> para uso do Serviço de Almoxarifado. Reforma da Central de Agendamento e Central de Internação. Em 2006 a Reforma do 3º andar Maternidade – UTI Neonatal.

Essas foram algumas iniciativas mencionadas entre inúmeras inaugurações de novas áreas e reformas realizadas. Cabe ressaltar novamente a complexidade da instituição que, desde a sua criação, sempre se manteve em ampliação.

No terceiro período, observa-se uma estabilidade das pressões ambientais e as iniciativas da instituição em adequação às consequências das pressões ocorridas nos períodos anteriores. Em resposta à mudança na forma de financiamento da instituição, verifica-se que o modelo de gestão por Unidades Funcionais é o resultado de pressões instrumentais, com forte controle do aspecto técnico do ambiente. A seguir apresenta-se a análise conjunta dos três períodos considerados.

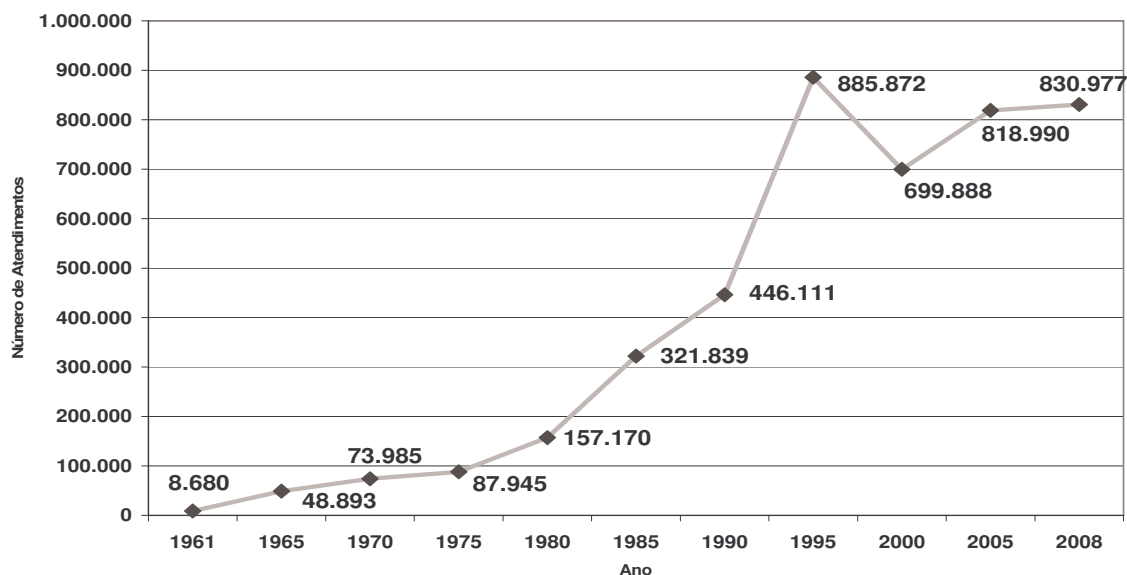
#### 5.2.4 Considerações Sobre os Períodos

Nesta sessão são apresentados os dados dos três períodos analisados em conjunto. No primeiro período (1961-1980), a ênfase da instituição era fortemente orientada para o propósito de sua criação, ensino e pesquisa, com as primeiras influências ambientais para a produção de serviços ocorridas na década de 1970, que representaram o início do processo que destacaria mais tarde a ênfase assistencial. O segundo período (1981-1995) representou as principais pressões sociais e políticas, que condicionaram o foco do atendimento do HC-UFPR para pacientes previdenciários, enfatizando a assistência. No terceiro período (1996-2008) aponta-se a adequação da instituição às pressões sociais, políticas e instrumentais, na busca por sua sobrevivência. Com iniciativas voltadas para a eficiência no atendimento, buscou-se atender a toda a demanda do (SUS). A adequação a normas e procedimentos e a busca de recursos recebidos pelos procedimentos prestados condicionaram sua estrutura e práticas para a assistência.

Na análise do número de atendimentos, considerados os três períodos, compreendidos entre 1961 a 2008, verifica-se forte aumento na demanda pelos serviços do HC-UFPR. De acordo com o Gráfico 13, observa-se aumento significativo no número de atendimentos, iniciado na década de 1980 e com seu auge em meados da década de 1990. Neste período, começaram as contratações de pessoal pela Funpar com a finalidade de atendimento assistencial. O aumento, consideradas a primeira e última décadas do percurso de existência da instituição, chega a 2.765,87%. Esta é a atual realidade no HC-UFPR, o atendimento da demanda SUS com o pagamento pela produção.

Cabe ressaltar, o HC-UFPR se foi estruturando em adequação às exigências ambientais, aumentando o número de atendimentos e de novos serviços prestados à sociedade, tornando-se referência em muitos desses serviços.

GRÁFICO 12: NÚMERO DE ATENDIMENTOS PERÍODO (1961-2008)



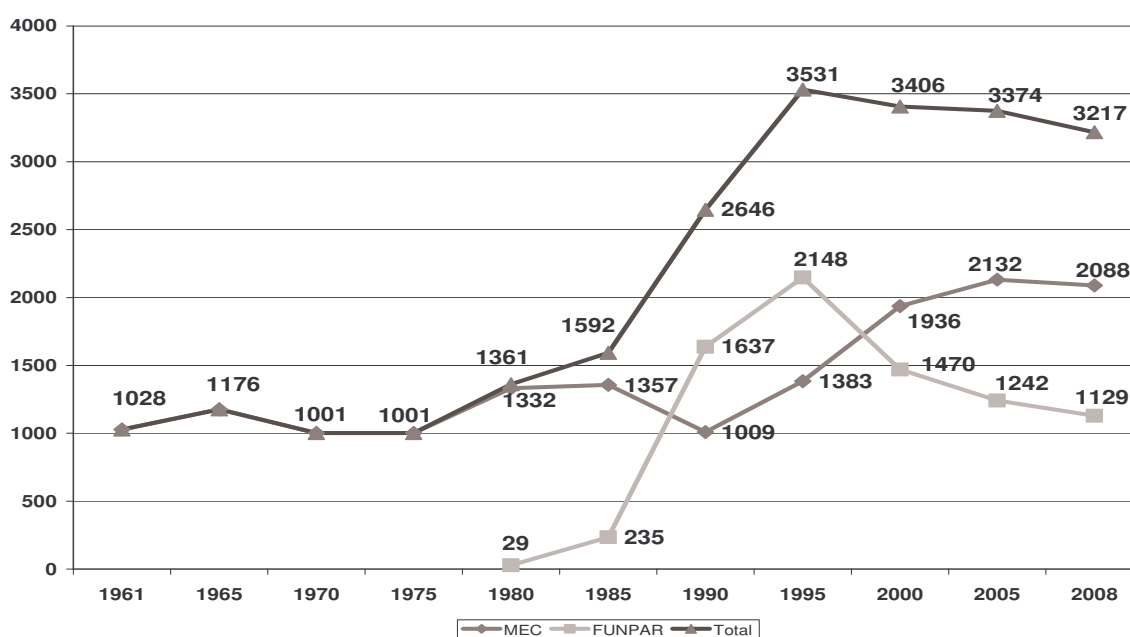
FONTE: Documentos internos HC-UFPR

No Gráfico 14, observa-se a evolução do quadro de pessoal do HC-UFPR. Assim, como analisado anteriormente no número de atendimentos, verifica-se que o aumento significativo no número de funcionários ocorreu no mesmo período, caracterizado pelo aumento na prestação de serviços. Originando a necessidade de contratação de pessoal para o atendimento da demanda. Observa-se, então, a inversão nos propósitos da instituição: os funcionários contratados pela Fundação não têm ligação direta com os propósitos de ensino e pesquisa, são pessoas com atividades destinadas somente com propósito assistencial; seus trabalhos são focados na produção do hospital.

Em 1980, começaram as contratações através da Fundação da Universidade Federal do Paraná, para remediar a falta de pessoal no atendimento da demanda. Conforme se pode observar no Gráfico 19, o aumento do quadro pessoal do HC-UFPR se deve a essas contratações realizadas pela Funpar. Os valores do total de funcionários representam somente os funcionários contratados pelo MEC e FUNPAR; os demais funcionários, não contabilizados nesta análise, representam outros terceirizados e cedidos pela UFPR.

Essas contratações ocorreram em resposta às pressões sociais e políticas, que a instituição enfrentou com o início do atendimento a pacientes previdenciários FUNRURAL e INPS e posteriormente no atendimento da demanda do INAMPS e SUS (OLIVER, 1992).

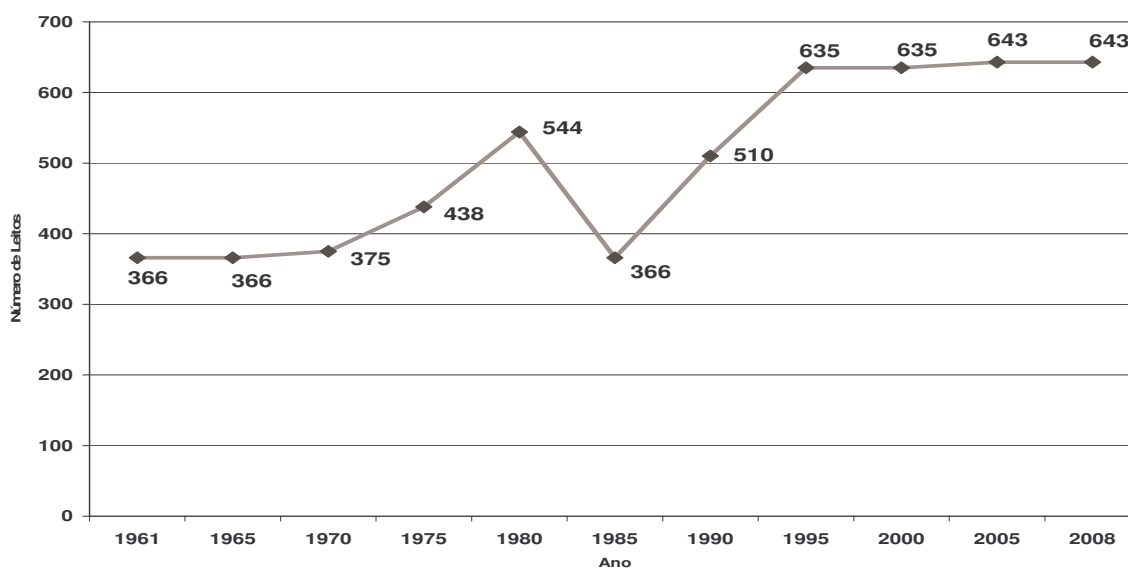
GRÁFICO 13: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS MEC E FUNPAR PERÍODO (1961-2008)



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Como a estrutura física do hospital não havia sido projetada para ser um hospital escola, o mesmo já foi criado com grande capacidade instalada. Como se observa no Gráfico 19, no início de suas atividades, quando o propósito do hospital era fortemente voltado para os interesses do ensino e pesquisa, já possuía 366 leitos.

GRÁFICO 14: NÚMERO DE LEITOS PERÍODO (1961-2008)



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

No percurso de sua existência, o hospital aumentou sua capacidade no número de leitos em 75,68%, o que representou cerca de 266 novos leitos, quase dobrando sua capacidade inicial.

Como já mencionado, no início das atividades no HC-UFPR, os pacientes eram indigentes, casos de interesse para o ensino da medicina e pesquisas. Nesta época os profissionais tinham mais liberdade para escolher os casos interessantes para o ensino da medicina e condições para fazer um acompanhamento do paciente. Isto possibilitava, para o professor e alunos, a análise da eficácia de tratamentos, a evolução do quadro do paciente, favorecendo o ensino e a pesquisa, informação confirmada no extrato que segue:

“Até a década de setenta o hospital ele era uma instituição, a gente poderia chamar um laboratório da universidade para o ensino da medicina. Ele era uma atividade só voltada á faculdade de medicina, ele tinha suas atividades ambulatoriais e de internação voltadas exclusivamente para as pessoas não pagantes, como eram classificados naquela época de indigentes, e por serem indigentes eles eram uma material de ensino e de estudo. Então os atendimentos e as internações tinham o objetivo de atender as necessidades do ensino. Então ele tinha o perfil assistencial, voltado exclusivamente para o ensino e conseqüentemente ele era totalmente

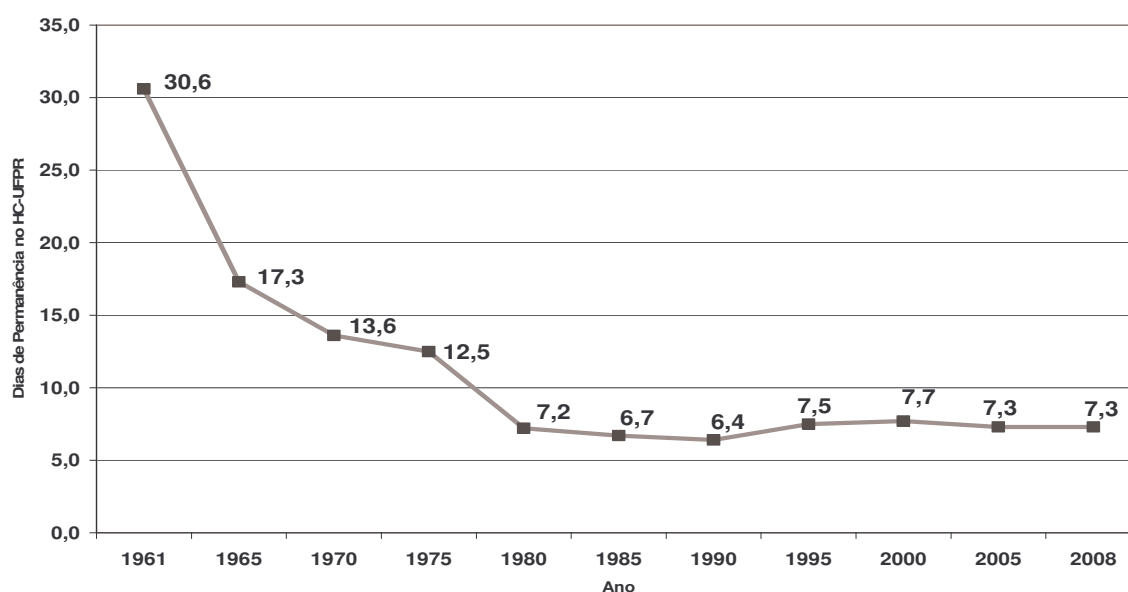


orçamentado pelo ministério da educação, e desta situação ele conseguia sobreviver dentro da sua lógica de funcionamento”.

Hoje com uma lógica voltada para a produção de serviços, os profissionais muitas vezes não têm condições de acompanhar o paciente do início ao fim do tratamento, pois o SUS regula a triagem destes pacientes; há a possibilidade de que eles possam ter continuidade de seus tratamentos em outras instituições.

Em 1961, quando foi inaugurado o hospital, a média de permanência dos pacientes internados era de 30,6 dias, fato este que permitia um bom acompanhamento dos casos por alunos e professores. Atualmente, a média de permanência dos pacientes no HC-UFPR é de 7,3 dias, representando uma redução de 76,14%, conforme Gráfico 20.

GRÁFICO 15: MÉDIA DIAS DE PERMANÊNCIA PERÍODO (1961-2008)

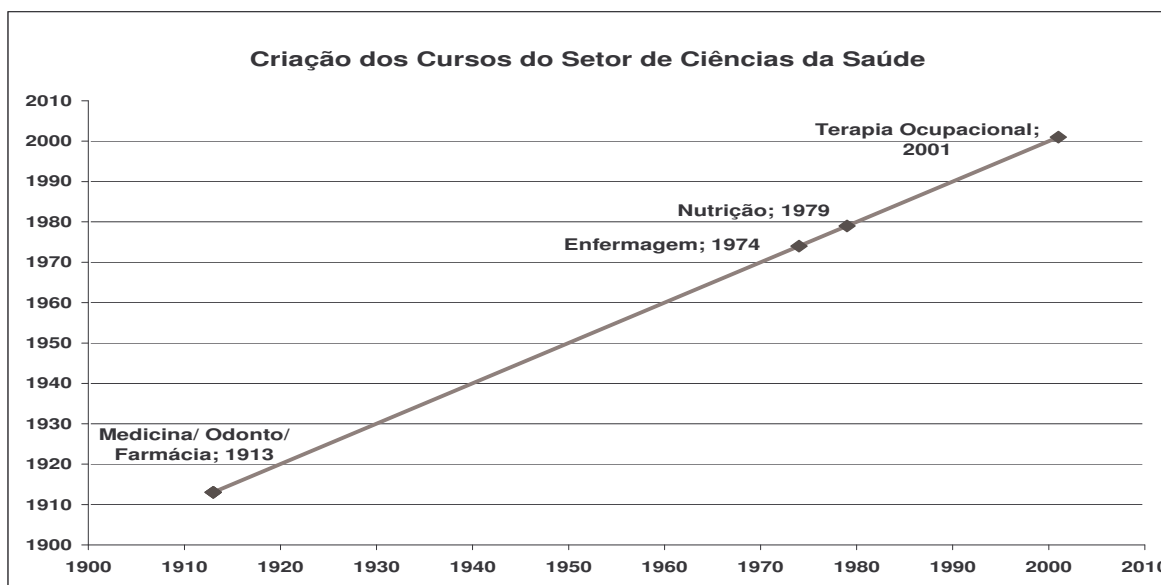


FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Esta redução na média de permanência acompanhou a inversão na lógica de funcionamento da instituição. No início do período analisado, as internações eram voltadas para os interesses do ensino e da pesquisa. Hoje, por uma pressão instrumental, com filas de espera, as práticas de internação seguem recompensas

instrumentais, em conformidade com as normativas do SUS. A busca é por eficiência e recursos (OLIVER, 1992).

GRÁFICO 16: CRIAÇÃO DOS CURSOS HC-UFPR



FONTE: Documentos internos HC-UFPR

Como se observa no Gráfico 21, o HC-UFPR no início de suas atividades já era campo de ensino para os cursos de medicina, odontologia e farmácia. Após a sua criação, foram criados três novos cursos que fazem uso da estrutura do hospital: enfermagem, nutrição e terapia ocupacional.

Atualmente a instituição conta com 938 estagiários, 238 médicos residentes e 324 alunos de pós-graduação. Os dados com relação às práticas de ensino e pesquisa são recentes, impossibilitando a análise comparativa dos períodos.

Como já mencionado as práticas de ensino e pesquisa não existiriam sem a assistência. O que interfere é o quantitativo destas práticas. Para a análise enfatizaram-se as pressões que alteraram esse quantitativo e influenciaram a estrutura acadêmica da instituição, conforme extrato a seguir:

“O hospital foi criado inicialmente pra ser uma escola de medicina. Mas é indissociável hoje a assistência da academia, do ensino e pesquisa, não tem como um acontecer sem o outro”.

### 5.2.5 Influências do Contexto Ambiental

O objetivo nesta seção é apresentar as pressões ocorridas no contexto ambiental do HC-UFPR, no período de 1961 a 2008, relacionando os aspectos institucional e técnico do ambiente.

Na abordagem institucional considera-se que as organizações e ambientes se interpenetram e se constroem mutuamente. De acordo com Fonseca e Machado-da-Silva (2002, p.103), “as organizações estão imersas em ambientes dos quais elas retiram e a eles transmitem modos adequados de ação”.

Contra o determinismo ambiental de outras abordagens, essa consideração abre espaço para uma análise que englobe aspectos relativos tanto à ação quanto à interpretação, admitindo que os atores sociais no hospital constroem uma representação cognitiva de seu ambiente e que possuem capacidade de alterá-la, observando-se a sua interdependência com a organização (SCOTT, 2003).

Ainda de acordo com Scott (2001), os hospitais são instituições que sofrem forte controle de ambos os aspectos: institucional e técnico. Assim, ressalta-se a importância de identificar as peculiaridades do HC-UFPR, uma vez que a instituição está ligada à Universidade Federal do Paraná e também integra o SUS.

O HC-UFPR foi criado com o propósito de atender às demandas da Universidade Federal do Paraná por formação de profissionais da área da saúde, com o objetivo de ser hospital-escola. No entanto, ao longo do tempo, devido principalmente a pressões sociais de aspecto institucional, gradativamente as práticas organizacionais do HC-UFPR foram condicionadas para assistência.

Considerando os aspectos do ambiente, observa-se que o institucional atuou, pela elaboração e difusão de regras e procedimentos que modificaram a lógica de funcionamento do hospital; este, na busca por legitimidade e suporte contextual, reestruturou e condicionou suas práticas. Nesse caso, o controle ambiental incidu sobre a adequação da forma organizacional às pressões sociais, condicionando a instituição a sujeitar-se a requerimentos governamentais, implementando medidas genericamente aceitas entre os HU's (DIMAGGIO e POWELL, 1983; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1999).

Reconhecendo que o aspecto técnico do ambiente é estruturado e moldado pelos fatores institucionais, é necessário utilizá-lo para distinguir os controles associados com estes dois aspectos.

Com a nova constituição de 1988, que incluiria os hospitais universitários como parte integrante do SUS, sistema vigente no país ainda hoje, trouxe uma série de mudanças para o HC-UFPR e suas práticas. Um hospital que tinha como propósito exclusivo o de ensinar a prática da saúde, através de uma necessidade social, e consecutiva mudança na legislação, teve sua lógica de funcionamento alterada, passando a atuar com uma lógica instrumental, buscando eficiência no atendimento e tentando garantir espaço para a prática do ensino e da pesquisa.

De acordo com Dimaggio e Powel (1983, 1982) e Machado-da-Silva e Fonseca (1997), no HC-UFPR observa-se que o aspecto técnico do ambiente foi reestruturado por influências do aspecto institucional, mudando a dinâmica de funcionamento, desencadeada na prestação de serviços de saúde, buscando o uso eficiente dos recursos e a rapidez no atendimento; logo o controle ambiental foi exercido sobre os resultados em termos de quantidade e qualidade, controle este exercido pelo gestor de saúde do município de Curitiba, visando ao cumprimento do contrato realizado com o SUS.

Sistemas hospitalares representam um tipo particular de organização; neles os efeitos e as consequências de mudanças, na lógica de funcionamento, podem resultar em perdas humanas e materiais, sem possibilidade, na maioria dos casos, de compensação ou reposição (FOX, DWYER & GANSTAER, 1993).

O aspecto técnico permite o uso de controles baseados nas características da produção, no HC-UFPR principalmente no número de atendimentos, tempo de atendimento e solução dos casos atendidos. Assim, originou-se o controle de resultados. Este, por sua vez, é o tipo de controle que tende a ser associado com a racionalidade instrumental. No aspecto institucional do ambiente, enfatiza-se a extensão na qual o HC-UFPR condicionou suas práticas em conformidade com as normas da racionalidade formal. No caso dos hospitais-escolas, ambos os controles, técnico e institucional, atuam com grande força.

## QUADRO 9 – RESUMO PRESSÕES AMBIENTAIS NO HC-UFPR

| Nível de Análise   | Pressões Sociais   | Pressões Políticas  | Pressões Instrumentais   |
|--------------------|--|---|--|
| <b>Organização</b> | A instituição que era exclusivamente para o ensino e pesquisa passa a atender as demandas por assistência. | Com o aumento da demanda o hospital entra em crise, grupos profissionais com diferentes interesses na instituição entram em conflito.   | O hospital que apenas atendia os casos de interesse para o ensino e a pesquisa, passa a atender a demanda da sociedade por serviços de saúde.  |
| <b>Ambiente</b>    | Com a constituição em 1988 existe uma mudança nas regras que regem os serviços de saúde no país.           | Devido a interesses políticos e indefinição de qual o Ministério seria responsável pelos Hospitais Universitários, ocorreram diversas mudanças na forma de financiamento destas instituições. | Como o hospital passa a receber pelos procedimentos realizados, existe uma mudança na lógica de funcionamento da instituição, por busca de fontes e de eficiência no uso de seus recursos. |

FONTE: Adaptado de Oliver, C. *The antecedents of deinstitutionalization*. **Organizational Studies**, v. 13, n. 4, p 563-588, 1992. p. 567.

Na análise, identifica-se como principal pressão do contexto ambiental as pressões sociais. Estas pressões podem explicar muitas das condições sob as quais as organizações não são nem agentes proativos da institucionalização, nem pretendem centralmente abandonar ou rejeitar tradições institucionais particulares.

No HC-UFPR as mudanças nas leis e expectativas societárias, com o aumento da demanda da população por serviços de saúde e posterior instituição do SUS, influenciaram a definição das práticas organizacionais, que representaram mudanças estruturais para a organização, o que desagregou normas e valores coletivos relacionados ao propósito educacional da instituição.

As pressões sociais são aquelas associadas com a diferenciação de grupos e a existência de crenças ou práticas heterogêneas divergentes ou discordantes. Essas pressões podem ser identificadas tanto no âmbito da organização como no ambiente. No HC-UFPR os médicos professores defendem os propósitos ensino e pesquisa, mas a ênfase na assistência é necessária para a manutenção do hospital e defendida pelos atores identificados como relevantes.

As pressões políticas identificadas no HC-UFPR foram aquelas decorrentes da divergência das crenças dos participantes em relação ao statu quo; da pressão para atender o quantitativo da demanda do SUS; e da redução dos atores sociais que defendiam as práticas usuais voltadas para os interesses da academia. De natureza ambiental, as pressões políticas influenciaram principalmente a forma de financiamento da instituição.

Das pressões do contexto ambiental, na tipologia de Oliver (1992), verifica-se no HC-UFPR que as pressões sociais ocasionaram pressões políticas com impacto tanto no ambiente quanto na organização, o que levou a divergências nas crenças dos atores sociais em relação ao statu quo da organização. Esta pressão política na organização gerou resistências à implementação do novo modelo de gestão por unidades funcionais. A seguir extratos das entrevistas que confirmam esta resistência:

“Os que interferem são professores, médicos, técnicos. O professor tem um nível diferente, ele não aceita nada assim (...). Eu sempre digo que alguns são pais de Deus (...) Eles têm esses poderes assim, eles são professores e isso é um fato enorme (...). Mas isso é uma coisa que é da cultura; sempre o professor foi colocado num nível superior (...)”.

“Porque se a gente não fizer uma assistência de qualidade, a gente não tem um ensino de qualidade e uma pesquisa de qualidade. Então na verdade tudo está interligado. Isso é indissociável. E isso culturalmente é difícil de colocar para aqueles professores que não entendem dessa forma. Então muitos professores aqui acham que nós entregamos o hospital ao SUS, que nós vendemos o hospital ao SUS. O SUS manda aqui, porque nós temos de atender às consultas que o SUS quer (...)”.

O hospital, criado para ser hospital-escola, passa a ter ênfase assistencial. A divergência de crenças, citada acima, ocorre porque médicos-professores consideram transgredir o propósito maior da instituição, o de ensino e pesquisa, quando sobrecarrega a estrutura com o quantitativo de atendimentos prestados a sociedade.

Considerando que o consenso entre os atores sobre os significados, valores ou validade de uma forma organizacional ou uma atividade é a condição fundamental para a continuidade das práticas institucionais, o desenvolvimento do dissenso político ou do conflito de interesses, que quebram a unanimidade do acordo entre os membros organizacionais, sobre o valor de uma prática particular, será um antecedente crítico para a desinstitucionalização. Como o hospital, com suas peculiaridades, já é campo didático, as práticas para os três propósitos ensino, pesquisa e assistência não se alteram; o que se altera é o quantitativo necessário para a sua realização.

Assim, de acordo com Scott (2001), as pressões políticas ocorrem no HC-UFPR como resultado da mudança de interesse, ocorrida em virtude de pressões do contexto ambiental que dão suporte aos arranjos institucionais existentes.

Segundo Oliver (1992), as pressões instrumentais estão relacionadas com as considerações técnicas ou funcionais que comprometem ou levantam dúvidas sobre o valor instrumental de uma prática institucionalizada, no caso do HC-UFPR as práticas de ensino e pesquisa que, com o aumento do quantitativo dos pacientes mudou o valor instrumental das práticas institucionalizadas; daí a lógica de funcionamento da instituição.

Resultado de uma das principais pressões sociais, com a edição da NOB 01/91 que redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituiu um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece vigorando até hoje. Estados e Municípios passaram a receber por produção, impondo um modelo de atenção voltado para o desempenho técnico, avaliado pela quantidade de procedimentos executados.

Ainda de acordo com Oliver (1992), as pressões instrumentais ocorrem: (1) quando as recompensas instrumentais para a conformidade são revistas; (2) quando há aumento na conscientização das especificações técnicas, demandas por eficiência e recursos; (3) quando as competições de domínio e as práticas institucionais se tornam cada vez mais incompatíveis com os objetivos econômicos e técnicos; e (4) quando eventos e dados dissonantes desestabilizam ou violam os pressupostos e princípios organizacionais tradicionais.

Nessas condições, observa-se que no HC-UFPR a necessidade funcional das atividades institucionalizadas foi questionada; a sua utilidade presumida foi desafiada no âmbito econômico, uma vez que o hospital passa a receber pelos procedimentos prestados, existe uma demanda por eficiência e recursos. Todos os fatores em conjunto influenciaram a instituição na realização de seus propósitos, que gradativamente interferiram no ensino e pesquisa. As mudanças ocorridas também têm influência no âmbito político; como resultado, houve mudanças nos interesses dos grupos profissionais e na distribuição de poder.

### 5.3 CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REFERÊNCIA

Na identificação do contexto institucional de referência ressalta-se a análise dos dados primários, a complexidade da instituição, objeto deste estudo. Os resultados aqui apresentados devem ser observados, respeitando-se as particularidades da instituição que, de acordo com Hinings e Greenwood, (1980); Bartunek, (1984); Machado da Silva e Fonseca, (1995) pode ter contextos de referência diferenciados para seus serviços, de acordo com as percepções e interpretações da sua realidade por seus atores responsáveis. Essas interpretações são mentalmente elaboradas e arquivadas em esquemas interpretativos, cujos elementos constitutivos permitem a compreensão dos significados das prescrições ambientais. Neste estudo, foram analisadas para os três propósitos do hospital: o assistencial, o de ensino e o de pesquisa.

#### 5.3.1 Contexto de Referência e os Propósitos Organizacionais

Na análise, observa-se que para o propósito assistencial o contexto de referência é internacional. Observa-se que a prática (a ação) é regionalizada, tendo em vista que 96,56% dos pacientes atendidos na instituição procedem do Estado do Paraná. Esta definição do contexto de referência internacional para o propósito assistencial deve-se aos padrões normativos do exercício da medicina que obedece a padrões definidos internacionalmente.

Como referência para a ação, a atenção do HC-UFPR tem sua ênfase em âmbito regional, uma vez que as pressões sociais, com origem na contratualização do SUS com as instituições hospitalares condicionaram as práticas assistenciais para o atendimento das demandas da sociedade paranaense, com maior ênfase para a população de Curitiba e região metropolitana, constituindo esta região seu contexto para a ação.



QUADRO 10 – PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES DO - HC-UFPR

| PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES - HC |        |
|--------------------------------|--------|
| Região                         | %      |
| Curitiba                       | 56,60% |
| Outros Região Metropolitana    | 27,02% |
| Outros Paraná                  | 12,94% |
| Total Paraná                   | 96,56% |
| Outros Estados                 | 3,44%  |
| Outros Países                  | 0,00%  |

FONTE: HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Estatísticas Gerais de 2007**. Disponível em: < <http://www.HC-UFPR.ufpr.br/Templates/informacoes/dados/dados.html> > Acesso em: 10 ago. 2007b.

Ressalta-se a importância de observar que, na análise geral, o contexto institucional de referência para a assistência é internacional, o que não descarta a possibilidade de que alguns setores da instituição tenham sua referência para a assistência em outras instâncias.

No propósito ensino observa-se que a instituição é considerada a maior formadora de profissionais da saúde no Estado do Paraná, e tem como objeto de estudo os pacientes desta região. Assim, considera-se também regional a ação, uma vez que é contextualizada; mas as crenças e valores, também relacionados aos padrões normativos da prática médica e que são ensinados aos alunos, têm como contexto institucional de referência o âmbito internacional.

O HC-UFPR é considerado o maior formador de recursos humanos de saúde do Estado do Paraná: Informação corroborada por um dos diretores da instituição:

“Em termos de ensino, o nosso hospital é o maior formador de recursos humanos de saúde do Paraná”.

QUADRO 11 – DADOS DE ENSINO 2007 - HC-UFPR

| ALUNOS, PROFESSORES E RESIDENTES         |        |
|--|--------|
| Item                                     | Número |
| Alunos Medicina Total Graduação          | 530    |
| Alunos Medicina Aula Prática HC          | 717    |
| Alunos Medicina Pós-Grad e Estágio       | 355    |
| Alunos e Estagiários Enfermagem          | 182    |
| Alunos e Estagiários Nutrição            | 188    |
| Alunos e Estagiários Farmácia            | 168    |
| Alunos e Estagiários Terapia Ocupacional | 88     |
| Professores medicina                     | 210    |
| Residentes 2007                          | 238    |

FONTE: HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Estatísticas Gerais de 2007**. Disponível em:< <http://www.HC-UFPR.ufpr.br/Templates/informacoes/dados/dados.html>> Acesso em: 10 ago. 2007b.

Os principais departamentos que utilizam o HC-UFPR para o ensino da prática médica são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Saúde Comunitária, Pediatria, Tocoginecologia, Patologia Médica, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional, Medicina Forense e Psiquiatria.

Já para o propósito de pesquisa, considera-se o contexto de referência também o internacional; haja vista que os setores de referência em pesquisa da instituição são pautados por valores e crenças compartilhados por pesquisadores de instituições de saúde de vários países. Os atores responsáveis por essas áreas expressivas em pesquisa no HC-UFPR são também reconhecidos internacionalmente. Como se pode observar nos extratos das entrevistas apresentados a seguir:

“Em termos de pesquisa nós aqui no hospital temos um pesquisador, que é um dos mais publicitados, referenciados internacionalmente em pesquisa de ponta, que é o professor Lineu. Temos o professor Pasquini do Transplante de Medula óssea, que é mundialmente reconhecido. Então, assim, pesquisa nós temos de ponta”.

Na identificação do contexto institucional de referência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, analisando-se os dados primários em nível agregado, pode-se observar que o contexto institucional de referência considerados os três propósitos assistência, ensino e pesquisa, aponta uma referência internacional.

O hospital segue padrões da prática e ensino da medicina, que utilizam como referência crenças e valores compartilhados mundialmente. No entanto, a ação tem como referência o contexto regional, visto que a contratualização do SUS, com gestão sob responsabilidade do Município de Curitiba, condicionou as atividades da instituição para as demandas do Estado.

Identifica-se também que o contexto institucional de referência pode variar de acordo com os setores do hospital, uma vez que alguns possuem serviços mais localizados para atender a esta demanda do SUS.

## 5.4 AGÊNCIA

Nesta seção apresenta-se a análise dos dados primários relacionados à agência dos atores sociais, identificados neste estudo. O propósito aqui é apresentar como esses atores interpretaram as pressões do contexto ambiental e como, através do acesso a recursos, foram institucionalizadas as práticas vigentes na instituição. Para isto, levantaram-se os esquemas interpretativos destes atores, procurando observar quais são suas crenças e valores relacionados aos propósitos da instituição e como se dá o acesso aos recursos. Através desta análise buscou-se identificar qual foi a influência da agência no processo de institucionalização das práticas do HC-UFPR.

### 5.4.1 Esquemas Interpretativos Relacionados à Assistência, Ensino e Pesquisa

Entendendo-se esquemas interpretativos como o conjunto de idéias, crenças e valores que dão ordem e coerência às estruturas e sistemas em uma organização, fornecem orientação para as suas atividades (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000). Existem três principais vetores de atividade que estabelecem referências: (a) o domínio apropriado de operações, ou seja, a natureza ampla dos propósitos organizacionais ou sua missão; (b) os apropriados princípios de organização; e (c) o critério de avaliação do desempenho apropriado dentro da organização (HININGS e GREENWOOD, 1988).

Os esquemas interpretativos dos atores sociais oferecem uma explicação sobre como as organizações interpretam as pressões do contexto ambiental e lidam efetivamente com essas pressões, como identificam respostas apropriadas e se renovam.

No HC-UFPR observa-se a interação de diferentes grupos profissionais com suas crenças e valores. Na realização dos propósitos da instituição trabalham juntos médicos, médicos professores, residentes, enfermeiros, administradores, alunos de graduação, alunos de pós-graduação etc.

Na análise das entrevistas pode-se observar que as crenças dos atores sociais enfatizam o equilíbrio entre os propósitos assistenciais e de ensino e

pesquisa; mas as práticas foram condicionadas em conformidade das pressões ambientais com o objetivo da sobrevivência da instituição.

Na análise dos dados primários verifica-se uma visão compartilhada de que não se pode ter o ensino e pesquisa sem assistência.

“É veja o hospital, ele está sustentado por um tripé: ensino, pesquisa e extensão. No caso do hospital é o atendimento médico. Então esses três pilares devem sustentar o mesmo peso, porque senão um desses pilares vai arrebentar e vai cair para um lado. Se um desses elementos aqui prevalecer sobre o outro, vai fazer ai um descompasso, porque a finalidade do hospital universitário e fazer com que haja equilíbrio entre as três finalidades do hospital: ensino, pesquisa e extensão”.

Observa-se, porém, que a assistência tem sido enfatizada em detrimento do ensino e pesquisa. O atendimento de pacientes previdenciários e posterior contratualização com o SUS ocasionaram a sobrecarga na estrutura da instituição, originando uma inversão na lógica de funcionamento, que impactou nas práticas organizacionais.

A mudança ocorrida em 1990, que instituiu o hospital universitário público, como parte integrante do Sistema Único de Saúde, condicionou suas práticas com ênfase na assistência. Como o mecanismo para a adequação da instituição foi coercitivo, mesmo com esquemas interpretativos divergentes, os profissionais agiram em aquiescência atendendo ao quantitativo do SUS.

A partir deste momento a racionalidade instrumental opera com maior ênfase fazendo com que os atores sociais responsáveis pela instituição busquem recursos e eficiência nos atendimentos, atendendo, assim, à demanda da sociedade na busca por recursos visando à manutenção da instituição.

Considera-se, então, como um dos fatores condicionantes a inversão de sua lógica de funcionamento: é a mudança na forma de financiamento da instituição, como pode ser observado no extrato a seguir:

“Evidentemente, de uma forma a gente compreende que de certa forma o hospital é refém do sistema de saúde. A visão financeira do hospital na verdade impõe um modo de trabalho a todos os demais então se compreende por que no final a gente precisa pagar as contas, porque se não o hospital não vai existir”.

Identificou-se no HC-UFPR que os esquemas interpretativos se mantiveram com crenças e valores. Cabe ressaltar que os atores sociais relevantes identificados neste estudo pertencem ao quadro administrativo da instituição. Ainda na análise dos dados primários, verifica-se que parte do corpo docente do HC-UFPR não compartilha das crenças e valores da nova lógica de funcionamento, que se impôs em face das pressões do contexto ambiental. Mas também tiveram suas práticas alteradas em virtude da nova realidade, o que gerou conflito.

A influência dos indivíduos e dos grupos que atuam no hospital depende do tipo de relação que estabelece com o esquema interpretativo prevalecente. O predomínio de determinado esquema interpretativo bem como a extensão do comprometimento dos atores sociais decorrem, portanto, das relações de poder existentes, estando estas particularmente associadas à vinculação entre valores e crenças (HININGS e GREENWOOD, 1988; MACHADO-DASILVA, FONSECA e FERNANDES, 2000).

No HC-UFPR existem diferentes esquemas interpretativos, mas uma das dificuldades na relação que se estabelece com o esquema interpretativo prevalecente na instituição se deve ao fato de que o hospital foi construído para ser hospital-escola e agora se enfatiza a produção. Como se pode verificar no trecho a seguir:

“Agora o hospital escola, construído para ser hospital-escola, tem uma característica diferente do bom hospital que se torna um local de aprendizado. O hospital de clínicas foi construído para ser um hospital escola. E filosoficamente ele é constituído por docentes, por várias comunidades, a comunidade docente, a comunidade técnico-administrativa, **e é isso que dá uma visão diferente**”.

Ainda assim, a estrutura organizacional implica a delimitação da hierarquia e do controle. Os grupos no hospital procuram fazer com que seus valores e crenças predominem. O corpo docente da instituição, em decorrência das mudanças no contexto ambiental, gradativamente perdeu poder. Atualmente a tentativa de implementação do novo modelo de gestão por Unidades Funcionais, voltado para a

lógica instrumental, sofre resistência por parte destes profissionais, que mantêm os valores acadêmicos que norteavam a instituição no seu propósito inicial.

O perfil destes profissionais pode variar entre classes e vínculo contratual. Como se observa no quadro 12, existe uma predominância de formação na área médica e de vínculo contratual com o MEC:

QUADRO 12 – FORMAÇÃO E VÍNCULO DE CONTRATO DOS ATORES SOCIAIS

| Sector/Serviço   | Formação/ Especialidade                       | Tempo no HC | Vínculo do Contratado |
|--|---|-------------|-----------------------|
| Diretor Geral  | Medicina                                      | 30 anos     | MEC                   |
| Diretor de Ensino e Pesquisa                                   | Clínica Médica                                | 30 anos     | MEC                   |
| Diretora Financeira  | Ciências Contábeis                            | 6 anos      | MEC                   |
| Diretor Setor de ciências da saúde                             | Clínica Médica                                | 20 anos     | MEC                   |
| Diretora de Assistência  | Enfermagem Pediátrica                         | 24 anos     | MEC                   |
| Diretora Administrativa  | Farmácia Hospitalar                           | 26 anos     | MEC                   |
| Diretora de Corpo Clínico                                      | Gastroenterologia/ Endoscopia                 |             | MEC                   |
| Diretor do Hospital Maternidade Vitor Ferreira do Amaral       | Medicina Ginecologia/Obstetrícia              | 35 anos     | MEC                   |
| Coordenadora de Enfermagem                                     | Enfermagem/ Administração hospitalar          | 13 anos     | MEC                   |
| Coordenadora de Atendimento Externo                            | Enfermagem/ Gestão hospitalar                 | 26 anos     | MEC                   |
| Coordenadora dos Serviços de Apoio Diagnósticos e terapêuticos | Farmacêutica Bioquímica/ Micologia            | 20 anos     | MEC                   |
| Coordenadora de Internação                                     | Enfermagem                                    |             | MEC                   |
| Médico Cirurgião   | Medicina Cirúrgica                            | 35 anos     | MEC                   |
| Médico Pesquisador   | Medicina Ginecologia/ Obstetrícia             | 30 anos     | MEC                   |
| Gerente da Unidade de Nutrição e Dietética                     | Administração de Empresas/ Enfermagem         | 31 anos     | MEC                   |
| Gerente Unidade de Urgência e Emergência                       | Enfermagem Médico-Cirúrgica                   | -           | MEC                   |
| Gerente unidade de informação                                  | Administração de Empresas                     | 20 anos     | FUNPAR                |
| Gerente Unidade de Hotelaria Hospitalar                        | Administração de Empresas/ Gestão Empresarial | 15 anos     | FUNPAR                |
| Gerente Unidade de Centro Cirúrgico                            | Enfermagem Médico-Cirúrgica                   | 25 anos     | MEC                   |
| Gerente Unidade de Abastecimento                               | Tecnólogo em Logística                        | 21 anos     | MEC                   |

FONTE: Dados primários.

Como a lógica atual no HC-UFPR é de eficiência em gestão na busca por sobrevivência, observa-se que tanto a formação quanto o vínculo contratual não influenciaram os esquemas interpretativos dos atores sociais do quadro administrativo do hospital.

Alguns diretores da instituição pertencem ao corpo docente que anteriormente se opusera à contratualização do SUS, mas quando assumiram diferentes posições e entraram em contato com a realidade da instituição orientaram as práticas da instituição para o quantitativo do SUS.

Com grupos apresentando diferentes esquemas interpretativos na defesa de seus ideais, enfatizando um ou outro propósito da instituição, observa-se que quando há mudança, quando o ator social assume um cargo com diferentes

responsabilidades, e tem acesso a diferentes esquemas interpretativos, pode mudar as suas crenças sobre a realidade do HC-UFPR. Como se pode observar no trecho abaixo:

(...) eles querem o ideal para eles. Nós queremos o ideal para nós. Todos estão de boa fé, cada um defendendo a sua posição. Provavelmente se a gente trocar de lugar, aquelas críticas que a gente faz deles, eles vão fazer da gente, e provavelmente nós vamos gerir do mesmo jeito lá, porque é o jeito de fazer (...).

. O que se observa no HC-UFPR atualmente é um descompasso entre os propósitos, o atendimento da demanda por serviços de saúde sobrecarregou a estrutura do hospital, interferindo nas suas práticas de ensino e pesquisa.

“Então na verdade a gente tem um conflito entre um hospital, que é um hospital-escola, que agora tem de trabalhar como hospital assistencial para sobreviver e uma clientela que é de alunos que não têm a mesma necessidade de assistência. Então é uma equação difícil de fechar nesses últimos anos, um hospital que ao mesmo tempo precisa ter renda e fazer procedimentos complexos, do outro lado precisa ensinar e para isso precisa de procedimentos menos complexos”.

Observa-se que mesmo os esquemas interpretativos dos atores sociais apontando para um ou outro propósito, atualmente o hospital apresenta uma característica muito mais assistencial. Todas as mudanças ocasionaram uma adequação de processos. As crenças seguem uma lógica de sobrevivência. As pressões sociais e políticas de natureza ambiental ocasionaram pressões instrumentais de natureza organizacional. A forma de financiamento ditou a lógica dos processos na organização.

A partir da noção que envolve o constructo esquemas interpretativos, entende-se que as organizações desenvolvem sistemas de interpretação específicos e, no caso, apresentam formas e maneiras de reação particulares, em face das influências de agentes ou pressões internas e externas.

Neste sentido entende-se que, embora duas organizações possam compartilhar um único contexto ambiental e estar sujeitas às mesmas pressões e

influências ambientais, se diferenciam pelo fato de interpretarem e valorizarem características e informações de seus respectivos contextos internos e externos de forma diversa. Nestes termos, a própria diversidade interpretativa deverá refletir na heterogeneidade de recursos organizacionais (SEIFERT JUNIOR, 2004).

O acesso a diferentes esquemas interpretativos que levam a uma mudança na interpretação de uma mesma realidade ocorre em virtude da mudança nas crenças e valores dos atores sociais. No HC-UFPR percebe-se uma diferença na ênfase dos propósitos organizacionais por ocupação profissional.

#### 5.4.2 Atores e recursos organizacionais

Nesta seção apresentam-se as fontes e o acesso dos atores sociais aos recursos do HC-UFPR. Diversos autores dedicados ao estudo da visão baseada em recursos defendem que não somente o ambiente em que se situa uma organização condiciona as práticas organizacionais e o seu desempenho; os recursos disponíveis aos atores responsáveis por estas organizações interferem diretamente na definição destas práticas.

Na organização hospitalar cada ator social de acordo com seu posicionamento, gênero, prestígio social, classe, etnia, ocupação, geração ou educação tem acesso ao conhecimento de diferentes esquemas e tipos de recursos, e conseqüentemente diferentes possibilidades de ação transformadora.

No HC-UFPR observa-se que, com a implementação do novo modelo de gestão por unidades funcionais, as decisões são tomadas em colegiados que se reúnem cada 15 dias. Nestes, os gestores de cada unidade debatem a alocação dos recursos do HC-UFPR. Atualmente além das unidades administrativas somente o centro cirúrgico foi contratualizado neste novo modelo. Os recursos são repassados por demanda aos setores, priorizando os casos de maior urgência, como se pode observar a seguir:

“O destino dos recursos é decidido por uma comissão... Ou nós comprávamos medicamentos; enfim a coisa que precisava para manter o hospital aberto, e atender o conjunto que estava internado, ou a gente empenhava aquilo que precisava para ao



ambulatório, e a gente optou por não empenhar. Mas daí isso é decidido no coletivo da direção”.

Este processo de implementação das unidades funcionais teve início em 2002, mas sofre resistência por parte de diversos setores no hospital. A lógica de funcionamento do novo modelo demonstra a grande ênfase no controle de aspecto técnico do ambiente, uma vez que recursos e eficiência são os seus propósitos.

Na análise dos dados primários, observa-se que os atores sociais que influenciam a definição das práticas organizacionais tiveram acesso a diferentes esquemas interpretativos, quando conheceram a realidade da instituição. Na busca por recursos, eles visam à manutenção do hospital. Seu principal objetivo passa a ser a sobrevivência da instituição.

Então, para os atores sociais identificados na pesquisa, o acesso aos recursos ocorre de acordo com a necessidade de cada setor. Constatou-se que a agência no aspecto relacionado ao acesso a recursos é relevante para as pesquisas, mas não tem influência quanto aos recursos repassados via SUS.

Para estas pesquisas, o ator social dependendo de sua posição, prestígio, pesquisas publicadas, encontra menor ou maior facilidade no acesso a recursos, considerando que a maior parte das pesquisas realizadas no HC-UFPR são patrocinadas.

São os profissionais que conseguem esses recursos. Muitas pesquisas são patrocinadas por laboratórios e indústria de fármaco. Uma parte dos recursos destinados à pesquisa é repassada ao hospital. O HC Conta com Você é um recurso originado em doações descontadas na conta de luz do doador e repassado para o HC-UFPR via FUNPAR. Estes recursos são utilizados para manutenção predial e aquisição de equipamentos, além de auxiliar a instituição nos momentos de crise.

De acordo com a tipologia de Barney (1991) os recursos foram classificados em três categorias principais: (i) recursos financeiros; (ii) recursos físicos e (iii) recursos humanos. O acesso aos recursos no Hospital de Clínicas ocorre da seguinte forma.

Há trinta anos o hospital era financiado pelo Ministério da Educação, passando ao longo do tempo a financiar somente parte da folha de pagamento e fornecer um recurso extra com base na produção, denominado recurso

interministerial. Atualmente a principal fonte de recursos do HC-UFPR é o recebimento de procedimentos prestados para o SUS. Assim, o hospital é sustentado por sua produção; o repasse dos recursos financeiros do SUS se dá através do Município de Curitiba.

Percebe-se então que como principais fontes de recursos financeiros o recebimento dos procedimentos prestados para o SUS, o valor recebido é diferenciado de acordo com os procedimentos realizados. Procedimentos com maior complexidade têm um valor maior. Cabe à universidade destinar o recurso oriundo do MEC para o HC-UFPR. Visto que para a universidade o HC-UFPR é um departamento, não existe um recurso pré-definido.

Como já mencionado, não existe repasse de recursos para os setores no HC-UFPR. Com o novo modelo de gestão a intenção é gradativamente orçar estes setores. Atualmente, de acordo com os procedimentos prestados, os setores recebem os insumos para manter o atendimento, o fornecimento de material ocorre de acordo com a demanda.

Então, todo o recurso é destinado ao hospital; os setores não têm um recurso definido. Estes são administrados pela direção do hospital. Percebe-se que a intenção é alterar lentamente este processo, tendo em vista que os atores sociais relevantes consideram que muitos setores não estão preparados para gerir tais recursos.

Os atores sociais da instituição consideram que, devido ao fato do HC-UFPR ser diferente de um hospital exclusivamente assistencial, o repasse deveria levar em consideração o propósito educacional que por natureza torna sua atividade mais cara. Haja vista que o aluno de medicina leva mais tempo e gasta mais recursos que um médico treinado. Como se observa no extrato a seguir:

“O hospital universitário, por si só, já é mais caro, porque tem o aluno, embora a gente procure chamar a responsabilidade para a economia de material e a economia de não quebrar equipamentos, mas ele está aprendendo”.

Existe ainda um recurso destinado pelo MEC para os Hospitais Universitários, que é o recurso interministerial. Ele ocorre da seguinte maneira: Vinculada ao MEC existe uma subsecretaria que cuida dos HU's e está ligada à secretaria de ensino

superior. Este recurso denominado interministerial é calculado conforme a produção anual dos hospitais.

Todo ano o HC-UFPR envia um relatório para o MEC, com uma série de indicadores, taxa de ocupação, número de internamentos, informações sobre todas as atividades realizadas. Este recurso já vem destinado com porcentagens definidas para custeio e aquisição de equipamentos.

Com todas as pressões ocorridas no contexto ambiental, o HC-UFPR passou por mudanças na sua forma de financiamento. É quando o MEC gradativamente retrai os recursos do hospital, com a alegação de que ele agora recebe por sua produção. Entretanto, a tabela SUS paga um valor abaixo do custo dos procedimentos e o HC-UFPR necessita também de recursos para equipamentos e instalações. Nestas condições o hospital permanece em crise, por falta de recursos. O trecho a seguir demonstra a inversão na lógica de financiamento da instituição:

“a impressão que eu tenho é que deve ter sido por volta de 77, 78 por aí, não tenho bem certo... ou seja, então aquilo lá veio, foi uma forma de um recurso a mais, fora o recurso normal. E com aquilo lá a direção, começava uma parcela daquele recurso vai contabilmente para os vários serviços que utilizam aquilo. Não é que ninguém ficasse com o dinheiro no bolso, mas ta bom, na patologia eu tenho mil e quinhentos reais de que eu disponho. Então eu podia lançar mão daquilo lá. Só que lentamente aquilo lá passou a ser contábil. E o dinheiro mesmo não aparecia. Porque daí veio a inflação, dificuldade e assim por diante... mas foi aí que o hospital começou a crescer. Como havia recurso, começou a contratar pessoas, via contábil. No começo até o hospital mesmo, a legislação permitia, então quanto mais pessoas você atendesse, mais recursos vinha, então era uma maravilha. Mas o que foi acontecendo. Depois veio hoje o SUS na época era SUDS, depois INANPS e assim por diante, foi meio que imposto, não foi negociado, veio uma ordem. Maravilha uma tranquilidade. pensamos vai vir um saco de dinheiro para o hospital. E aí somou no começo, o dinheiro que já vinha normalmente com o dinheiro que vinha da produção, maravilha. Aí começou a expansão, onde houve a inversão. Então nós tivemos três mil e poucos funcionários contratados pela FUNPAR e o dinheiro era suficiente. Só que o governo, aí que foi o golpe, ele foi saindo e daí recurso que vinha pelo MEC foi sumindo... Sumiu por completo, e hoje a subsistência é só pela produção, pelo SUS e aí começou a morte do hospital. Porque o hospital cresceu além da sua capacidade, com recursos e agora tem que sobreviver (...) e além disso ao longo dos anos foi incorporando muita tecnologia. Hoje nós temos aproximadamente mil e quatrocentos

computadores na casa. Isso dá uma idéia do que precisa. Ou seja, nós temos mais de cinquenta respiradores, nós não temos um respirador no hospital para isso. Nós temos tomografia, nós temos epilepsia, coisa que não existia. Então tudo isso exige manutenção muito cara de equipamentos e de pessoas para cuidar desses equipamentos também. Então o custo do hospital foi aumentando e a receita infelizmente não aumentou, porque ela é dependente da produção “.

Como consequência dessa inversão na forma de financiamento do HC-UFPR, ocorre a falta de manutenção do hospital, desde instalações elétricas, hidráulicas, como subestações elétricas, gerador elétrico, caldeiras, até equipamentos médicos que comprometem algumas atividades no hospital.

Neste sentido, as associações têm papel importante, contribuindo para a reforma da área física e de instalações de algumas unidades. Algumas associações são: Associação Amigos do HC, Associação Alírio Pfiffer, APCN e o projeto HC CONTA COM VOCÊ, Estas associações têm como objetivo suprir as necessidades do HC-UFPR.

Para a aquisição de equipamentos e reformas no hospital, também existe influência política, via parlamentares, que consegue recursos extras para a instituição. Assim, através dessas iniciativas é mantida a estrutura física da instituição. Como se observa no trecho a seguir:

“Algum recurso você consegue via parlamentar, via projetos; manda alguém faz em contato, geralmente o reitor ou o próprio diretor do hospital ou a própria associação dos amigos faz contato com algum parlamentar; eles sempre têm certo interesse no HC-UFPR. A então, vamos colocar uma emendinha de duzentos mil, então coloca uma emendinha de duzentos mil daí então usa para comprar não sei o que, e assim a gente vai conseguindo comprar equipamentos e reformar as áreas do hospital”.

Sobre os recursos humanos, desde o início da década de 80, o Hospital de Clínicas se vem defrontando com o desafio de manter suas atividades de ensino, associado ao fato de universalização da clientela e o conseqüente aumento da demanda da população por serviços de saúde, o elevado número de aposentadorias e a extinção de cargos sem a necessária reposição levaram as autoridades da UFPR e do hospital a ousar e buscar contratação de colaboradores através da FUNPAR (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007b).

De acordo com o convênio entre os Ministérios da Educação e Saúde, os recursos arrecadados pela prestação de serviço ao SUS deveriam ser utilizados apenas para o custeio do hospital. Caberia ao MEC fornecer os colaboradores, assegurar os recursos de administração predial e os investimentos necessários para atualizar os equipamentos.

Ocorre que os recursos para pagamento dos colaboradores da FUNPAR são oriundos da arrecadação do SUS. Atualmente, o caso se agrava devido à Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público do trabalho, solicitando a extinção do quadro de colaboradores da FUNPAR. Este ministério alega ser ilegal o pagamento dos mesmos com recursos públicos. Este ano conseguiu-se nova prorrogação da extinção para o ano de 2010.

Para os recursos humanos a tendência futura é uma ameaça, pois o tempo mínimo de trabalho dos colaboradores da FUNPAR, desde o impedimento de contratação que foi 1997, é de 10 anos. Observa-se que grande parte dos colaboradores até 2010 terá o direito de solicitar aposentadoria sem garantia de reposição destas vagas. O HC-UFPR aguarda definições do Ministério da Educação para que possa realizar novas contratações.

Outro problema enfrentado na instituição diz respeito ao treinamento dos profissionais, o hospital investe na formação de seus recursos humanos; quando estes estão capacitados, procuram empregos com melhores remunerações, segundo se observa no trecho a seguir:

“Outro problema é que nós investimos muito em treinamento, na formação de recursos humanos. Quando eles estão no ponto, vão embora. Por quê? Ou procura emprego fora, porque pagam melhor, são treinados aqui, e às vezes até na própria Universidade buscam nossos recursos humanos capacitados para tanto”.

Ainda, com problemas de pessoal, como é costume na área da saúde, muitos profissionais mantêm jornada dupla, com mais de um emprego, aumentando o número de afastamentos por doenças.

“Quem tem menos emprego tem dois. E acontece o que com isso? As pessoas cansam. E quando isso acontece, qual o primeiro lugar que elas acabam pedindo licença com dificuldade, é do HC-UFPR... infelizmente essa é uma realidade... Qual seria a solução? A solução seria pagar melhor o funcionário e exigir dele a dedicação exclusiva. Uma parte deles estão doentes mesmo. mas a doença, embora o sindicato aponte o contrário, não é causada pelo HC-UFPR.

O HC-UFPR é um dos causadores. Porque dificilmente se eles trabalhassem aqui seis horas, dificilmente eles teriam esse tipo de doenças. Só que eles saem daqui seis horas e fazem oito lá fora. Aos 18 anos é uma coisa aos 40 é outra coisa. Aí já começa... então essa é uma grande dificuldade, a maior parte dos funcionários tem de 2 a 3 empregos”.

Giddens (2003) tratou da relação entre recurso e poder. Identificou-se dois tipos de recursos: os alocativos e os autoritários. Os alocativos são os recursos materiais, sejam eles naturais, ou artefatos criados pelo homem, envolvidos na geração de poder. Já os recursos autoritários são os não-materiais, igualmente envolvidos na geração de poder, mas que resultam do domínio de alguns atores sociais sobre outros. Esta noção de recursos nos remete à intencionalidade ou não da ação, com base na utilização de recursos, para proveito próprio ou da própria organização.

Desta forma, possibilita-se uma dominação da estrutura social, com base no poder, que pode ser tanto instituído pela própria estrutura organizacional, como por cargos e funções exercidos pelo ator social, ou ainda pela detenção de outros recursos que viabilizam a ação.

No HC-UFPR, há predominância no uso de recursos alocativos. Antes das mudanças no contexto ambiental que condicionaram as práticas organizacionais para assistência e alteraram as fontes de financiamento do hospital, o corpo docente da instituição fazia uso de recursos autoritários, conseguindo recursos através do exercício do poder. Atualmente o HC-UFPR enfrenta resistência à nova realidade por parte destes profissionais que, gradativamente, perderam poder diante das pressões ambientais.

Na análise de esquemas interpretativos e acesso a recursos, observa-se que a agência não teve papel considerável no processo de institucionalização das práticas organizacionais, pois o processo foi imposto, através de mudanças no contexto ambiental do pilar regulativo que, corroborando com Scott (2001), estabeleceram um conjunto de regras, monitoramento e sanção de atividades.

## 5.5 DEFINIÇÃO DAS PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NO HC-UFPR

Neste estudo observa-se que a agência dos atores sociais relevantes não teve papel considerável na definição das práticas organizacionais, em virtude do caráter regulativo das pressões ambientais.

No percurso de existência do HC-UFPR, identificam-se como principais pressões do contexto ambiental as sociais e políticas; verifica-se que estas pressões condicionaram as práticas organizacionais para a assistência, através de pressões instrumentais.

Como já citado anteriormente, as práticas no HC-UFPR são interdependentes; então se procurou identificar a relação da ênfase nos propósitos da organização para a assistência, ensino e pesquisa.

Para isso, verificaram-se as crenças e valores relacionados a esses propósitos, que constituem o esquema interpretativo dos atores sociais relevantes. E identificou-se a importância da posição do ator social no acesso a diferentes esquemas interpretativos, conforme trecho que segue:

“Eu sou pago para defender a academia, se eu ficar amiguinho do Diretor do hospital, que é meu amigo de muitos anos, e ele já esteve do mesmo lado que eu defendendo a academia; hoje ele está do outro lado, defendendo o hospital. E ele era bom defensor da academia; hoje ele é ótimo defensor do hospital. O salário dele é pago para defender o hospital. O salário dele não é pago para defender a academia. O antagonismo não é repulsivo, ele é por função. A gente compreende o nosso papel e cada um deve executar aquele papel para o qual é pago”.

Pode-se observar que, em virtude de pressões sociais e mudanças de caráter político ocorridas no âmbito da saúde no país, ora apresentadas, os HU's não demonstraram grande capacidade de resposta quanto à organização do sistema, devido ao fato de que estas mudanças foram impostas, sem examinar os propósitos destas instituições e suas particularidades, obedecendo a interesses políticos e não às necessidades da sociedade e das instituições.

Assim, verifica-se que a definição das práticas organizacionais foi condicionada pelas pressões ambientais, gerando um descompasso nos propósitos da instituição, interferindo nas práticas de ensino e pesquisa, informação corroborada no extrato a seguir:

“É impossível. A medicina tem esse viés na história aí que não tem jeito. Então se confundem as coisas aí. Só que tem que ter um limite. Eu não preciso fazer cinquenta cirurgias. Eu posso fazer cinco. Mas aí vem um problema. A demanda é muito grande. Então, nós professores, também funcionamos como assistencialistas. E não é nossa função. Nossa função é outra. E com isso o ensino perde muito. Nós poderíamos fazer mais pesquisa, mais publicações, mais tudo. E, além disso, o ordenado da universidade não é chamativo. Então qualquer pessoa hoje, consegue, fora da universidade, com qualquer atividade, um rendimento melhor. Então muitas vezes você vai limitar o seu tempo com a universidade; então raramente você vai dedicar-se exclusivamente à universidade”.

Confirma-se que a orientação das práticas organizacionais, como representação da capacidade de agência, é caracterizada pela decisão pré-consciente e consciente, que pode tanto reproduzir como modificar uma instituição. Os atores se comportam de acordo com sua percepção de como as coisas são (BARLEY; TOLBERT, 1997).

No caso do HC-UFPR, a percepção foi de que a adequação às exigências do SUS representou condição essencial à manutenção da instituição. Assim, os atores identificados como relevantes para o processo de institucionalização de novas práticas, aquiesceram com as pressões do contexto ambiental, não tendo a agência destes atores papel relevante no processo de institucionalização das práticas organizacionais.



## 6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho adotou como propósito investigar a influência das pressões ambientais nas práticas do HC-UFPR e orientou-se pela premissa de que se trata de processo recursivo entre o ambiente e a instituição, no qual está envolvida a agência dos atores sociais identificados como relevantes, no processo de institucionalização das práticas organizacionais.

Realizou-se a análise em diferentes recortes de tempo, procurando, primeiramente, descrever as pressões ocorridas no período e o comportamento da instituição em face destas pressões. Posteriormente, procurou-se conhecer a influência mútua entre ambiente e organização, na medida em que são (re) produzidas pelas práticas de assistência, ensino e pesquisa. No final, as evidências empíricas foram agregados componentes explicativos, amparados no referencial teórico, a fim de expor o contexto ambiental, suas pressões e o processo de institucionalização das práticas no hospital.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa descritivo-explicativa, não há a intenção de generalizar os resultados expostos neste trabalho. Em função dos objetivos propostos, é possível delinear o processo de institucionalização das práticas organizacionais no HC-UFPR. Essa descrição não propôs estágios, pois, como mencionado, partiu de uma perspectiva recursiva, onde foram identificadas as influências do contexto ambiental na orientação das práticas na instituição.

Para avaliação, realizou-se a análise em três períodos. O primeiro período de (1961-1980) representou fortemente o propósito de criação da instituição, ensino e pesquisa, com as primeiras influências ambientais para a produção de serviços ocorridos na década de 1970, que iniciariam o processo de inversão na lógica de funcionamento da instituição.

Neste período observou-se ênfase nas práticas da instituição no ensino e pesquisa; sua realidade permitiu o foco nos interesses da academia. Apenas os casos interessantes para estudo foram atendidos no HC-UFPR, os pacientes eram na sua maioria indigentes, que chegavam a passar mais de um mês internados no hospital. Com esta média alta de permanência, o ensino e a pesquisa foram favorecidos, o período ainda é marcado pela abundância de recursos provenientes do Ministério da Educação.

Identificou-se ainda o início das mudanças no aspecto institucional do ambiente que começaram a definir regras e procedimentos para a área da saúde no país. Neste período, também se observou que tanto pressões sociais como políticas, ocorreram em nível de análise ambiental. Tais pressões do aspecto institucional do ambiente originaram pressões instrumentais de natureza ambiental. O aspecto institucional começa a moldar o aspecto técnico do ambiente no fim deste período.

Com início no primeiro período, verificaram-se no segundo de (1981-1995) as principais pressões sociais e políticas que mudaram o foco do atendimento do HC-UFPR para pacientes previdenciários, enfatizando a assistência. Verificou-se que as mudanças no aspecto institucional do ambiente tiveram seus reflexos no HC-UFPR na busca por adequação das práticas organizacionais às pressões sociais. Observa-se também que esta busca sobre a adequação continuou a gerar pressão instrumental; as práticas vigentes no período em questão foram questionadas; começa uma demanda por eficiência e recursos e as práticas institucionais de ensino e pesquisa, começam a se tornar incompatíveis com os objetivos econômicos e técnicos.

No terceiro período (1996-2008), observou-se a continuidade na adequação da instituição às pressões do contexto ambiental, com iniciativas voltadas para sua sobrevivência, condicionando estrutura e práticas para a assistência. Iniciou-se a implantação de novo modelo de gestão por Unidades Funcionais, visando agilidade nos serviços prestados e redução de custos; a iniciativa buscou conformidade com pressões instrumentais e condicionou as práticas institucionais aos objetivos econômicos e técnicos. Em resposta à mudança na forma de financiamento da instituição, verificou-se que o novo modelo de gestão foi o resultado da adequação a pressões instrumentais, com forte controle do aspecto técnico do ambiente.

Nessas condições, observou-se no HC-UFPR que o valor instrumental das práticas institucionalizadas foram questionadas, e a sua utilidade presumida desafiada no âmbito econômico. Uma vez que o hospital passa a receber pelos procedimentos prestados, este fato tornou-se condição de sua existência, existiu uma demanda por eficiência e recursos. Todos os fatores em conjunto influenciaram a instituição na realização de seus propósitos que, gradativamente, interferiu nas práticas de ensino e pesquisa. As mudanças ocorridas também têm influência no

âmbito político; estes como resultado, obteve mudanças nos interesses dos grupos profissionais e na distribuição de poder ocorridas na instituição.

O aspecto institucional moldou o técnico, uma vez que as alterações na legislação mudaram a lógica de funcionamento dos HU's, que passaram a receber por sua produção, e isso mudou completamente a opção de hospital de ensino. O HC-UFPR, por lei, tem de se adaptar às normas e às diretrizes do SUS. Assim, surgiu o controle baseado no desempenho. Por isso muitos procedimentos, que são de interesse da academia, deixam de ser realizados, pois o SUS não acha necessário.

Nesta direção, discute-se a questão da influência do contexto ambiental ter sido, primeiramente, condicionante para a definição das práticas da instituição. A pesquisa permitiu apontar como causas desta influência mecanismos regulativos através das regras, leis e sanções impostas por pressões do contexto ambiental, em especial através da Lei 8.080/90, que instituiu todos os Hospitais Universitários Públicos como integrantes do SUS.

Observou-se, ainda, que o ensino e a pesquisa contribuíram com o aumento da demanda, o que influenciou o processo de institucionalização do quantitativo das práticas assistenciais. O hospital, tornando-se referência em muitos serviços, fez com que a triagem do sistema, e os postos de saúde, encaminhassem novos pacientes com necessidade para as especialidades desenvolvidas, fato este, também explica a continua expansão da instituição.

Além disto, observou-se que as pressões do ambiente não são estáticas, ou seja, variam tanto no que diz respeito ao nível contextual do ambiente (regional, nacional e internacional), quanto ao longo do tempo. No caso, verificou-se que a esfera ambiental evidenciou mais pressões coercitivas, enquanto outras pressões normativas, bem como a natureza e a intensidade de tais pressões variaram nos períodos analisados.

No processo analisado, as pressões confirmaram o cenário de mudanças nas práticas da instituição; as mais influentes foram aquelas de origem social, ou seja, aquelas que incluíram a fragmentação normativa da organização. O comportamento esperado do HC-UFPR é que atenda à demanda por serviços de saúde, fato este, que sobrecarregou a estrutura do hospital.

Neste processo, o controle ambiental ocorreu por mecanismos coercitivos, com a manipulação de sanções; no caso do hospital foram os valores pagos pelo atendimento prestado à sociedade. Este controle se configura como tentativa de influenciar o comportamento da instituição, com objetivo de tornar suas práticas voltadas para a assistência, em vista dos propósitos acadêmicos.

A recursividade na (re) produção das práticas organizacionais foi observada no seu processo de institucionalização. As respostas do HC-UFPR em adequação às pressões sociais no início do seu percurso, originaram pressões políticas e novamente pressões sociais de natureza ambiental.

Na análise das pressões, percebe-se que estas ocorreram em uma sequência; contudo somente aquelas que foram percebidas pelos atores sociais tiveram algum tipo de efeito. Neste processo as pressões foram interpretadas pelos atores sociais, que avaliaram sua influência na organização. Destarte, as pressões do contexto ambiental que ocasionaram a institucionalização de novas práticas não implicaram necessariamente a desinstitucionalização de outras.

No caso do HC-UFPR, o aumento da demanda decorrente da contratualização do SUS beneficiou algumas práticas de pesquisa, aquelas que precisam de quantitativo; mas, em contrapartida sobrecarregou a estrutura e os profissionais destinados ao ensino e inibiu as pesquisas que necessitam de acompanhamento do paciente.

A questão do ensino está amarrada à lógica de funcionamento do sistema único de saúde; um caso interessante para os objetivos educacionais do hospital pode não ter o acompanhamento necessário, devido ao processo burocrático que o sistema impôs a sua lógica de funcionamento.

Nesse sentido, sugere-se que a instituição seja percebida como circularidade entre estabilidade e mudança, cuja mudança poderá depender da agência dos atores sociais que interpretam as pressões do contexto ambiental. Como a própria agência é socialmente estruturada, observou-se que as práticas do HC-UFPR foram condicionadas pelas pressões sociais, políticas e instrumentais do contexto ambiental, com mudanças na forma de financiamento da instituição. Estas mudanças foram impostas, sem examinar os propósitos da instituição e suas particularidades, obedecendo a interesses políticos.

As conclusões do estudo indicam que os esquemas interpretativos apresentaram diferenças com relação aos valores de médicos-professores e médicos, técnicos administrativos, enfermeiros, o que dificultou na relação que se estabeleceu com o esquema interpretativo prevalecente na instituição. O fato é explicado por suas características, construída para ser hospital-escola e atualmente enfatizando a produção de serviços.

Como o mecanismo para a adequação da instituição foi coercitivo, mesmo com esquemas interpretativos divergentes os profissionais agiram em aquiescência ao quantitativo do SUS. A partir deste momento, a racionalidade instrumental opera com maior ênfase, fazendo com que atores sociais responsáveis pela instituição busquem recursos e eficiência nos atendimentos, atendendo, assim, à demanda da sociedade, visando à manutenção da instituição.

Por fim, os atores sociais tiveram de aquiescer e se adequar à nova realidade. A agência não teve papel atuante em face das principais pressões do contexto, visto que seu caráter regulativo influenciou a ação, independentemente da interpretação e acesso a recursos.

Identificou-se, portanto, que as práticas organizacionais no HC-UFPR seguiram a uma lógica instrumental, enfatizando a importância da assistência prestada. Isto, por uma questão de sobrevivência, uma vez que os valores recebidos do sistema por sua produção representam a principal fonte de recursos para o hospital.

Para pesquisas futuras sugere-se primeiramente a replicação deste estudo em instituições hospitalares com diferentes características das apresentadas pelo HC-UFPR. Também se aponta a possibilidade de reapicação do estudo, englobando um número maior de atores sociais.

Em segundo lugar, aponta-se a possibilidade da replicação do estudo em setores de atividade distintos, uma vez que tal esforço se pode mostrar interessante, à medida que deverá evidenciar lógicas de ação e interpretação distintas. Sugere-se a escolha do setor privado, cujas pressões institucionais não sejam muito evidentes.

Estudos futuros poderão ainda focalizar especificamente o processo de institucionalização em contextos ambientais distintos. Neste sentido, ampliar os entendimentos sobre os aspectos relativos à dinâmica das mudanças ambientais e suas influências sobre as organizações.

Apona-se, além disso, a importância de que estudos futuros destaquem a relação desempenhada entre a agência e as pressões ambientais, especialmente, para que as análises efetuadas procurem indicar a dualidade entre estrutura e ação.

Finalmente ressaltam-se as contribuições para a prática administrativa em face de desenvolvimento deste estudo. Primeiramente seus resultados podem contribuir para que os vários atores sociais, envolvidos na administração de hospitais, em especial de hospitais universitários, possam melhor conhecer os processos de natureza simbólica que intermedeiam as relações das organizações e do contexto que as cerca.

Em segundo lugar, evidencia-se aos atores sociais que o envolvimento no processo de institucionalização de novas práticas é fruto da sua capacidade de agência. Além disto, aponta-se que os esquemas interpretativos estão substancialmente vinculados ao contexto ambiental que os atores sociais têm por referência regional, nacional ou internacional. Neste sentido, o processo de interpretação das pressões deve levar em conta tanto o contexto de atuação prática da instituição, quanto o nível ambiental de referência dos atores sociais.

Por fim, o estudo evidencia que os mecanismos coercitivos tendem a restringir a capacidade de agência, ainda que as práticas de ensino e pesquisa sejam promovidas.

Da mesma forma, em face dos entendimentos de que a institucionalização trata do processo de transformar crenças e ações em regras de conduta social, sugere-se que ações de parceria ensino, pesquisa e assistência poderão produzir resultados mais efetivos no longo prazo. Trazendo benefícios tanto para o atendimento da demanda, quanto para a academia. Nesta direção aponta-se a ampliação da participação dos médicos-professores, contribuindo para a adequação das práticas educacionais com as assistenciais.

## 7 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. Disponível em: <<http://www.abrahue.org.br>>. Acesso em 15 mai, 2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO. **Hospitais Universitários**: Conceção, Papel e Missão. Superior. Disponível em: <<http://www.unb.br/andifes/>>. Acesso em 13 mar, 2007

AMARAL FILHO e MACHADO-DA-SILVA, R. G. Estratégia e teoria institucional: uma proposta discursiva de integração. In XXX Enanpad, 2006, Salvador. **Anais Eletrônicos**, Salvador: Anpad, 2006.

AZEVEDO, C. S. **Gerência hospitalar**: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de Survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

BANDEIRA DE MELLO, C. A. **Curso de Direito Administrativo**. 25. ed. São Paulo: Malheiros, 2008. 1073 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2005.

BARLEY, S. R.; TOLBERT, P. S. Institutionalization and Struturation: Studying the links between action and institution. **Organization Studies**, v.18, n. 1, p. 93-117, 1997.

BARNEY, J. Firm Resource and Sustained Competitive Advantage. **Journal of Management**, v. 17, n.1, 99-120, 1991.

BARTUNEK, J. M. Changing interpretative schemes and organizational restructuring: the example of a religious order. **Administrative Science Quarterly**, v. 29, n. 3, p. 355-372, 1984.

BARZELAY, M. *Strategy as practice: in activity-based approach* by Paula Jarzabkowski. **International Public Management Journal**. v. 9, n. 3, p. 361-365, 2006.

BERGER, P. L. e LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis. Editora Vozes, 2004.

BERNARDO, P. **Os Hospitais Universitários e a Sua Crise**. Disponível em <<http://enefar.files.wordpress.com/2008/06/os-hospitais-universitarios-e-sua-crise.pdf>> Acesso em 15 de mai, 2007.

BEZERRA, P. R. C. **A Estatística na Organização Hospitalar**. Monografia. Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2002.

BRAGA, E. New concepts in medical education. **Ciba Foundation Symposium on Team for World Health**, 1971.

BURREL, G. e MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis**. London: Heinemann, 1979.

CORRADI, E. M. **Avaliação Institucional de Um Hospital Universitário. Proposta de Indicadores**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Paraná, 1998.

CRUBELLATE, J. M. **Cultura Organizacional e Adaptação Ambiental: Estudo Comparativos de Casos UEM**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná. Paraná, 1997.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella . **Direito administrativo**. 19. ed. São Paulo/SP: Atlas, 2006. 823 p.

DIMAGGIO, P. J. e POWELL, W. W. *The iron cage revisited: institucional isomorphism and collective rationality in organizational fields*. **American Sociological Review**, v. 48, p. 147-160, abr. 1983.

EMIRBAYER, M. e MISCHÉ, A. *What is agency?* **The American Journal of Sociology**, v. 103, n.4, p. 962-1023, 1998.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital, pp. 99-111. In **Microfísica do poder**. Graal, Rio de Janeiro, 1981.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro. Forense-Universitária, 1987.

FONSECA, V. S. e MACHADO-DA-SILVA, C. L. Conversação entre abordagens da estratégia em organizações: escolha estratégica, cognição e instituição. **Organizações & Sociedade**, v. 9, n. 25, p. 93-109, set./dez, 2002.

FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **FUNPAR**. Disponível em: <<http://www.funpar.ufpr.br/funpar>> Acesso em: 16 nov. 2007.

FOX, M. L; DWYER, D.; GANSTER, D. C. Effects of Stressful Job Demands and Control Physiological and Attitudinal Outcomes in a Hospital Setting. **Academy of Management Journal**, 289-318, abril, 1993.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. Para uma prestação de contas pública: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.



GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 2. ed. São Paulo. Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Novas regras do método sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **New rules of sociological method**. London: Hutchinson, 1976.

GRAEFF, J. F. **Pressões Ambientais e Respostas Estratégicas na Institucionalização do Plantio Direto no Paraná**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2005.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F.. Total quality management and hospital administration: exploring conceptual disjunctions. **Ciênc. saúde coletiva**., Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141312&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141312&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 maio 2007.

HAYES, B. E. **Measuring Customer Satisfaction: Survey design, use, and statistical analysis methods**. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press, 1998.

HININGS, C. R.; GREENWOOD, R. **The dynamics of strategic change**. Oxford: Basil Blackwell, 1988.

HOFSTEDE, G; NEUIJEN, B; OHAYV, D. D. e SANDERS, G. *Measuring organizational cultures: a qualitative and quantitative study across twenty cases*. **Administrative Science Quarterly**. v. 35, n. 2, p. 286-316, Jun. 1990.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Estrutura do hospital de clínicas**. Disponível em:< <http://www.HC-UFPR.ufpr.br/folder2006/apresentacao/estrutura.html>> Acesso em: 15 jan. 2007a.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Estatísticas Gerais**. Disponível em:< <http://www.HC-UFPR.ufpr.br/Templates/informacoes/dados/dados.html>> Acesso em: 10 ago. 2007b.

IBGE. **Contagem da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>> Acesso em: 15 jun. 2008.

KIRK, J.; MILLER, M. L. **Reliability and validity in qualitative research**. Beverley Hills, CA: Sage Publications, 1986.

LAZARIC, N. e RAYBAUT, A. *Knowledge, hierarchy and the selection of routines: an interpretative model with group interactions*. **Journal of Evolutionary Economics**. n. 15, p. 393-421, 2005.

LEININGER, M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. *In* MORSE, J. (org.). **Critical issues in qualitative research methods**. Londres: Sage, 1994.

MACHADO-DA-SILVA, C. L. e BARBOSA, S. L. Estratégia, fatores de competitividade e contexto de referência das organizações: uma análise arquetípica. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 6, n. 3, p. 07-32, set./dez. 2002.

MACHADO-DA-SILVA, C. L. e FERNANDES, B. H. R. O impacto da internacionalização nos esquemas interpretativos dos dirigentes do banco Bamerindus. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 1, p.14-24, jan/mar, 1999.

MACHADO-DA-SILVA, C. L. e FONSECA, V. S. Competitividade organizacional: conciliando padrões concorrenciais e padrões institucionais. In: VIEIRA, M. M. F.; OLIVEIRA, L. M. B. **Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas**. São Paulo: Atlas, p. 27-39, 1999.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S. da e CRUBELLATE, J. M. Estrutura, agência e interpretação: elementos para uma abordagem recursiva do processo de institucionalização. **Revista de Administração Contemporânea**, 1 ed. esp., v.9, p. 09-39, 2005.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S. e FERNANDES B. H. R. Mudança e estratégia nas organizações: perspectivas cognitiva e institucional. In: VIEIRA, M. M. F.; OLIVEIRA, L. M. B. **Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas**. São Paulo: Atlas, p. 102-118, 1999.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V.S. e FERNANDES, B. H. R. Cognição e institucionalização na dinâmica da mudança em organizações. In: RODRIGUES, S. B.; CUNHA, M. P. (Orgs.). **Estudos organizacionais: novas perspectivas na administração de empresas: uma coletânea luso-brasileira**. São Paulo: Iglu, 2000.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1986.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded source book**. 2.ed. Londres: Sage Publications, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evolução da Saúde Brasileira**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=125](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=125)> Acesso em: 13 nov. 2007a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a História e como Funciona o SUS**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 13 nov. 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde na Constituição**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 13 nov. 2007c.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. **The new institutionalism in organizational analysis**, Chicago: The University of Chicago Press, p. 41-62, 1991.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988.

NOVAES, H. M. Organização de hospitais de ensino. **Revista Paulista de Hospitais**. V.20, n.5, mai, 1972.

OLIVER, C. *The antecedents of deinstitutionalization*. **Organizational Studies**, v. 13, n. 4, p 563-588, 1992.

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, S. M. F. **previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

PAIVA JR, F. G.; LEÃO, A. L. M. S.; MELLO, S. C. B.; Validade e Confiabilidade na Pesquisa Qualitativa em Administração In: EnEPQ – Encontro anual da Anpad, 2007, Recife. **Anais Eletrônicos**, Rio de Janeiro: Anpad, 2007.

POLIGNANO, M. V. **A saúde no Brasil**. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)> Acesso em: 07 mar. 2008.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal: 1981.

RECKWITZ, A. *Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing*. **European Journal of Social Theory**, v.5, n.2, p.243-263, 2002.

ROUSE, Joseph. *Social practices and normativity*. **Philosophy of the sciences**. v. 37, n. 1, p. 46-56, Mar, 2007.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2001.

\_\_\_\_\_. **Organizations: rational, natural, and open systems**. 5th. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2003.

SCHEIN, E. **Psicologia Organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1982.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Hospitais Universitários**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index>> Acesso em: 13 nov. 2007.

SEIFERT JUNIOR, R. E. **Estratégias de Internacionalização de Empresas Paranaenses da Indústria de Alimentos**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2004.

SEKARAN, U. **Research methods for business: a skill-building approach**. 2ª ed., Singapore: John Wiley & Sons, Ind., 1992.

SEWELL, W. H. Jr. *A theory of structure: duality, agency and transformation*. **The American Journal of Sociology**, v. 98, n.1, p.57-74, 1989.

SOUNIS, Emílio, 1913 – **Organização de um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)**. 2ª Ed. – São Paulo: Ícone, 1993.

SPINOLA, A. W. P. Características do hospital de ensino médico. **Revista Paulista de Hospitais**. V. 23, n. 5, mai, 1975.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERBEKE, W. *A revision of Hofstede et al (1990) organizational practices scale*. **Journal of Organizational Behavior**. v. 21, n. 5, p. 587-602, ago, 2000.

WERNERFELT, B. **A Resource-Based View of the Firm**. *Strategy Management Journal*, v. 5, n. 2, p.171-180, 1984.

WHITTINGTON, R. *Completing the practice turn in strategy research*. **Organization Studies**. v. 27, n. 5, p. 613-634, 2006.

WORLD BANK. Brazil - The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90's. Washington DC, June 30, 1994 in **A Saúde no Brasil**. Representação da OPS/OMS no Brasil, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Bookman, 2005.





Ministério da Educação e do Desporto  
 Universidade Federal do Paraná  
 CEPPAD – Pós-Graduação em Administração

#### Objetivo 3

1) Quais são as principais influências externas e internas que o hospital sofre? (Políticas, sociais e instrumentais).

- 1) Quais foram os principais eventos na trajetória do Hospital? Razões; Principais envolvidos; conseqüências; estendimento no tempo e espaço.
- 2) Na prestação de serviços quais hospitais se assemelham ao HC?
- 3) Quais são as fontes dos recursos organizacionais? (físicos, financeiros, humanos – alocativos.
- 4) Como se considera a atuação do hospital em âmbito local, regional, nacional ou internacional? Porque? As preocupações/atividades do HC tendem a se concentrar em que níveis.

Atuação na Assistência: ( ) local ( ) Regional ( ) Nacional ( ) Internacional

Atuação no Ensino e Pesquisa: ( ) local ( ) Regional ( ) Nacional  
 ( ) Internacional

Novas tecnologias/procedimentos: ( ) local ( ) Regional ( ) Nacional  
 ( ) Internacional

#### Objetivo 4

- 1) Qual você acredita ser o propósito do HC; e está em acordo com as suas práticas? Razões? O HC ao longo de sua trajetória tem alterado seus propósitos e práticas? Decorrências?
- 2) Quais são as instituições que mais influenciam o funcionamento do HC? (MEC, FUNPAR, UFPR, MS, SUS, Sociedade Civil, Associações etc...).
- 3) Qual o principal objetivo do seu setor/serviço?
- 4) O que é valorizado no cotidiano do HC? (Assistência / Ensino e pesquisa)
- 5) Qual é a importância do HC no contexto da 'saúde'?

#### Objetivo 5

- 1) Como seu setor recebe os recursos (humanos, financeiros e materiais) da organização?
- 2) Qual é o nível de acesso aos recursos necessários ao desempenho de suas atribuições e do seu setor.
- 3) Em que medida você consegue efetivar/mobilizar mudanças no seu setor e no HC? Como são tomadas as decisões?

#### Objetivo 6

- 1) Como foram definidas as práticas/políticas de ação da sua área em termos de assistência, ensino e pesquisa?
- 2) Quais foram as pessoas, organizações envolvidas na definição destas práticas?
- 3) Como você visualiza a sua área, com foco mais assistencial ou educacional? Existem residentes atuando na sua área, publicações?

## ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS ENTREVISTADOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto (Tese): Análise Estruturacionista no Hospital de Clínicas – UFPR**

**Título do Projeto (Dissertação): Contexto, Agência e Práticas Organizacionais**

**Investigadores: Claudia Coser / Sergio Filipe Chaerki**

**Instituição: CEPPAD - UFPR**

**Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas - UFPR**

**Endereço e telefone Claudia: (41) 3019-7148 – 9113-4041**

**Endereço e telefone Sergio Filipe: (41) 3245-9638 – 9681-0513**

### PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional *da área de administração* agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção.

### INTRODUÇÃO

O tema a ser investigado tem base investigativa nas Ciências Sociais e Aplicadas: Administração. O trabalho também tem fundamentos na Sociologia, de onde são emprestados os conceitos acerca da Teoria da Estruturação (Giddens).

#### **Problema de Pesquisa:**

Dissertação: Como os atores sociais relevantes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná influenciaram a institucionalização das práticas organizacionais, em face das pressões do contexto ambiental no período de 1997 a 2007?

#### **Questões a serem respondidas (Dissertação):**

Qual o contexto ambiental da área da saúde e hospitais universitários no Brasil?

Qual é o contexto institucional de referência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, na perspectiva dos atores sociais relevantes nos diferentes segmentos da organização?

Quais são os esquemas interpretativos destes atores sociais relevantes da organização?

Qual o acesso dos atores sociais relevantes identificados aos recursos organizacionais?

Qual a influência dos atores sociais relevantes na institucionalização das práticas organizacionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em face das pressões do contexto ambiental?

### **PROPÓSITO DO ESTUDO**

Pretende-se investigar num intervalo de tempo de 47 anos (1961-2008) como os atores/agentes - pessoas com capacidade de influenciar a trajetória do HC-UFPR-UFPR - interpretaram e agiram em termos de ensino, pesquisa e assistência, bem como identificar quais foram as bases para tais estruturas cognitivas e práticas que foram sendo institucionalizadas espaço-temporalmente. Também configuram entre os propósitos a análise das redes de relacionamento entre principais agentes do HC-UFPR-UFPR.

### **SELEÇÃO**

#### **Os critérios para inclusão:**

Diretores do HC-UFPR; Direção de Ciências da Saúde; Chefes de Departamento da Área de Ciências da Saúde, Agentes (professores, profissionais de diversas áreas da ciência da saúde) indicados (pelos atores da primeira etapa) como atores relevantes à trajetória do HC-UFPR.

#### **PROCEDIMENTOS**

Descreva a metodologia a ser empregada nos voluntários da pesquisa, explicando os benefícios da participação do sujeito, assim como eventuais riscos, desconfortos e medidas de segurança para proteger e/ou reparar os danos advindos da pesquisa.

#### **Metodologia:**

**Design do Estudo:** Estudo de Caso com suporte em Etnografia. (Base qualitativa e quantitativa)

**Coleta de Dados:** Entrevistas Estruturadas, Semi-estruturadas e Questionários fechados, pesquisa documental.

**Tratamento dos dados:** Análise de Conteúdo (Atlas.Ti); Análise de Discurso (Spink); Análise de Redes (UCINET e NetMiner)

Para atribuir cientificidade ao método de coleta de dados é importante que as entrevistas sejam gravadas, evitando assim, distorções de compreensão por parte do pesquisador. Assegura-se que o



conteúdo das entrevistas não será publicado sem a devida autorização do entrevistado. O anonimato também será garantido.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:**

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

### **CUSTOS**

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

### **PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO**

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

### **PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:**

O Investigador responsável pelo estudo e equipe irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com seu médico do estudo.

### **CONTATO PARA PERGUNTAS**

Se você ou seus parentes tiver (em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: 3360-1896. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com

conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO:**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

|                      |            |       |
|----------------------|------------|-------|
| _____                | _____      | _____ |
| NOME DO ENTREVISTADO | ASSINATURA | DATA  |

|   |            |       |
|---|------------|-------|
| _____   | _____      | _____ |
| NOME DO INVESTIGADOR<br>(Pessoa que aplicou o TCLE) | ASSINATURA | DATA  |

|   |            |       |
|---|------------|-------|
| _____   | _____      | _____ |
| NOME DO INVESTIGADOR<br>(Pessoa que aplicou o TCLE) | ASSINATURA | DATA  |

**ANEXO 3 CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR**

Ministério da Educação e do Desporto  
Universidade Federal do Paraná  
CEPPAD – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração

Curitiba, 05 de outubro de 2007

Ao Dr. Giovanni Loddo  
DD. Diretor do Hospital de Clínicas

Senhor Diretor,

O Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Paraná (CEPPAD/UFPR) está desenvolvendo um estudo sobre o Hospital de Clínicas. O objetivo é verificar a interpretação que os colaboradores do hospital fazem das pressões do contexto ambiental externo na definição das práticas organizacionais internas.

Vale ressaltar que os colaboradores a serem entrevistados serão mantidos em completo anonimato, tendo em vista o foco do estudo nas práticas organizacionais em nível agregado. Assim, asseguramos a necessária confidencialidade no tratamento dos dados a serem obtidos, bem como o compromisso de utilizá-los unicamente dentro dos objetivos propostos no referido estudo, que dará origem a uma dissertação de mestrado. O CEPPAD compromete-se, também, a colocar a dissertação de mestrado resultante à disposição para apreciação e consulta do Hospital de Clínicas da UFPR.

Neste sentido, vimos por meio desta solicitar ao ilustre Diretor, que se digne conceder autorização para que o mestrando Sergio Filipe Chaerki possa ter acesso ao Hospital de Clínicas com o objetivo de realizar entrevistas e consultar dados documentais.

Na expectativa de atendimento do presente pleito, antecipamos nossos agradecimentos e colocamo-nos à disposição para informações complementares, se necessário.

Cordiais Saudações,

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Pedro José Steiner Neto  
Coordenador do Mestrado

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Clóvis L. Machado-da-Silva  
Professor Orientador

Av. Prof. Lothario Meissner, 632 2º andar Jardim Botânico Curitiba PR

## ANEXO 4 CARTA DE CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DO HC-UFPR



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Ofício nº. 1449/2007-DGHC

Curitiba, 15 de outubro de 2007.

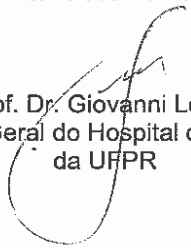
Senhor Coordenador,

Em atenção à Correspondência, encaminhada por Vossa Senhoria, em 05 de outubro de 2007, solicitando autorização para que o mestrando Sergio Filipe Chaerki possa ter acesso a este Hospital de Clínicas com o objetivo de realizar entrevistas e consultar dados documentais para elaboração de dissertação de mestrado, informamos que nossa Instituição está de acordo com a referida solicitação.

Salientamos que o contato poderá ser feito diretamente o Prof. Dr. Ângelo Luiz Tesser, Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão desta Instituição, através do telefone 3360-1839.

Na oportunidade apresentamos nossos cumprimentos.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Giovanni Loddo  
Diretor-Geral do Hospital de Clínicas  
da UFPR

Ao Senhor  
**Prof. Dr. Pedro José Steiner Neto**  
Coordenador do Mestrado  
CEPPAD – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração  
Nesta Universidade