

Tradição, racionalidade e carisma em um hospital universitário: análise do agente organizacional do HUPAA à luz do modelo multidimensional-reflexivo de Alves (2003).

Área temática: Administração Geral

AUTORES

MILKA ALVES CORREIA

UFAL

correiamilka@hotmail.com

DANIEL LINS BARROS

Universidade Federal de Pernambuco

DANIELLINS@YAHOO.COM.BR

FÁTIMA REGINA NEY MATOS

Universidade Federal de Pernambuco

fneymatos@globocom

RESUMO

O presente trabalho emergiu da especial preocupação com as abordagens que se limitam a descrever os hospitais apenas como um sistema integrado por estruturas com mecanismos de autoridade, linhas de comando, regras escritas e formalizadas. Nesse sentido discute-se a necessidade de se ter outros modelos analíticos dêem conta das peculiaridades e dos desafios específicos presentes nos hospitais — lugares de complexas relações — e que reconheçam a presença de atores organizacionais interagindo com a estrutura organizacional de um hospital. Para tal, propôs-se analisar o agente organizacional de um hospital universitário utilizando o modelo de organização multidimensional-reflexivo (OMR) proposto por Alves (2003). Foi realizado um estudo qualitativo básico e a coleta de dados foi feita por entrevistas semi-estruturadas, observação participante e análise documental. A pesquisa identificou que o agente organizacional do HUPAA aproxima-se do tipo adaptador, conforme o Modelo de Alves (2003). Acredita-se que esta pesquisa pode oferecer aos gestores de organizações hospitalares subsídios que possibilitem entendimento sobre a relação estrutura-agente dentro desse tipo de organização, e como consequência a melhoria do atendimento de saúde à comunidade.

Palavras-chave: Agente Organizacional. Hospital Universitário. Modelo multidimensional-reflexivo.

ABSTRACT

This work reports the special worry with the approaches which only describes hospitals like a system with hierarchical authority structures, command lines, written and formalized rules. In this sense it is discussed the need to find out other analytical models that pay attention to the singularities and challenges presented on hospitals - while being an organizational setting with complex relationships - and that admit that presence of organizational agent in interaction with the organizational structure. For this purpose, it was analyzed the organizational agent from a teaching hospital, taken Alves' Multidimensional-reflexive model (2003) as instrument of analysis. This is a basic qualitative study that adopts an analytical-descriptive perspective and collects data through semi structured interviews, participant observation and documental analysis. HUPAA's organizational agent is adaptador type, according to Alves' Model.

Key-words: Organizational agent. Teaching Hospital. Mutidimensional-reflexive Alves' Model.

1. Introdução

Os hospitais podem ser considerados como um dos ambientes microssociais mais singulares e complexos; prestadores de serviços com estrutura híbrida, multidisciplinar, multifuncional e focada, sobretudo, na recuperação da saúde ou na minimização da dor das pessoas que deles necessitam (MINOTTO, 2002).

Nesse ambiente circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em distintos momentos de suas vidas, compartilhando situações marcantes e contravenientes, tais como: vida/morte, doença/saúde, alegria/tristeza, racionalidade/emoção, objetividade/subjetividade, dor/alívio, caracterizando as organizações hospitalares como *locus* em que o lado mais íntimo e frágil dos seres humanos se evidencia.

Para melhor se entender a complexidade das organizações hospitalares, é necessária compreensão de que, em sua “intimidade”, o hospital tem muito mais do que unidades e setores encarregados do atendimento dos que ali procuram o tratamento de sua doença. Na ambiência sócio-técnica hospitalar, encontram-se também atividades que mesclam ciência, tecnologia e procedimentos, além de componentes sociais, culturais e educacionais, todos interferindo em sua estrutura, em seus processos e em seus resultados (BITTAR, 1996). Considerável parte da literatura sobre hospitais (CECILIO e MERHY, 2003a, 2003b; MCKEE, e HEALY, 2001; MINTZBERG, 1997; GONÇALVES 1983) costuma apresentá-los a partir de algumas perspectivas principais. A primeira, como uma organização constituída por partes que se articulam entre si e trabalham perseguindo o alcance do seu objetivo fundamental: o cuidado ao paciente; com seus departamentos e setores, cada um com sua especificidade, numa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes. A segunda perspectiva trata o hospital como um subsistema dentro de um sistema social mais amplo. Para essa última, a Teoria dos Sistemas tem oferecido ferramentas que ajudam a explicar o funcionamento de um hospital. Uma dessas ferramentas possibilita vê-lo como um sistema aberto, em constante inter-relacionamento com seu ambiente externo, para assegurar os meios necessários a sua sobrevivência, adaptação e crescimento; a outra aponta o hospital como um sistema que existe dentro de uma hierarquia de outros sistemas — nos níveis local, regional, nacional.

Vale dizer, um hospital pode ser estudado individualmente, desde que seja também considerado um ente dentro de um sistema mais amplo de organizações hospitalares, que por sua vez está inserido em um sistema de cuidados de saúde de um país e, como tal, é parte de um dado contexto sócio-econômico-político.

Uma terceira abordagem realça a interdependência dos vários elementos que compõem a organização hospitalar:

Um hospital é uma organização complexa, que contém uma série de subsistemas. Estes subsistemas têm seus próprios interesses, sendo que qualquer mudança significativa em uma parte irá ter repercussões nas demais (MCKEE e HEALY, 2001, p. 10).

Obviamente que uma abordagem de caráter mais funcionalista e sistêmica explica vários aspectos da dinâmica organizacional de um hospital, e por isso acaba se (re) produzindo como a mais adequada para se entendê-lo. Entretanto, privilegiam-se mais os aspectos estruturais e formais, o instituído, não se dando a devida atenção à esfera instituinte da organização.

Por outro lado, os processos organizacionais no campo da saúde são igualmente reconhecidos por seu relativamente alto grau de incerteza e de imprevisibilidade e pela natureza da ação dos agentes no ato de produzir saúde. Nos hospitais, equipamentos e

conhecimento técnico estruturados convivem com processos de intervenção em ato (em tempo real) e com um “objeto” (o paciente) que não é plenamente estruturado; pelo contrário, cada um desses usuários é distinto e traz em si suas expectativas, necessidades, patologia a ser tratada. Isso significa lidar com relações e interações de subjetividades e com comportamentos que demandam liberdade para escolha do modo de produzir cuidados de saúde (MERHY, 2002).

Em sendo assim, não se pode deixar de considerar a organização hospitalar como um lugar de instabilidade, com a presença de forças instituintes e atores em constante interação, construindo redes de convivência, vivendo consensos/dissensos e conflitos/harmonias. Ainda que à primeira vista, pareça suficiente explicar um hospital como uma estrutura organizacional com seus mecanismos de autoridade, linhas de comando, regras escritas e formalizadas, bem próximo da burocracia, enquanto tipo ideal weberiano, no entanto, uma organização hospitalar também é:

[...] lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa e, por tudo isso, lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções [...] (CECILIO e MERHY, 2003, p.112).

Em outras palavras, por um lado, em um hospital há os aspectos estruturais e estruturantes e, também, o instituído — representado por normas, regulamentos, rotinas. Por outro lado, há o movimento instituinte da vida hospitalar, com diversos atores interagindo e mobilizando recursos para atingir seus objetivos operacionais, seus interesses pessoais, grupais e corporativos (BAREMBLITT, 1995).

Carapinheiro (1997) mostra o quanto é visível no hospital o debate entre a estrutura (com seus constrangimentos, papéis e funções previamente definidos) e os graus de liberdade da ação humana. A autora também ressalta que, nos estudos sobre hospitais, a estrutura da organização e as ideologias, os valores e os comportamentos dos seus membros têm sido tratados como duas entidades distintas, analisadas separadamente, “valorizando fundamentalmente a análise da estrutura e reforçando o seu aspecto rígido estandardizado” (p. 57).

Considerando todos os aspectos até aqui abordados, o presente trabalho emergiu da especial preocupação em se buscar modelos analíticos que dêem conta das peculiaridades e dos desafios específicos presentes nos hospitais — lugares de complexas relações — e que oferecessem a possibilidade de visualizar a presença de atores organizacionais interagindo com a estrutura organizacional de um hospital. Para tal, propôs-se analisar o agente organizacional de um hospital universitário utilizando o modelo de organização multidimensional-reflexivo (OMR) proposto por Alves (2003).

O OMR fundamenta-se na tipologia da ação social e nos tipos ideais de dominação de Weber e assim sendo, ao abordar uma organização a partir da sociologia weberiana acena com a possibilidade de melhor visualizar as diversas interações sociais que ocorrem em seu âmbito interno, especialmente ao se considerar que na ambiência microssocial das organizações tem-se de maneira mais evidente a reflexividade dos agentes. Dito de outra maneira, supõe-se que no cenário organizacional seja ainda mais visível a percepção de que as ações e as interações dos agentes estão vinculadas à sua capacidade de auto-reflexão.

Ademais, cabe ressaltar que uma das preocupações fundamentais desse modelo analítico é a de superar a dualidade presente nas posições que destacam ora a estrutura, ora o indivíduo. O modelo de Alves (2003) trata a estrutura e o agente individual como dimensões básicas estreitamente articuladas (e não excludentes) e que se condicionam mutuamente,

“afastando-se, por conseguinte, do voluntarismo individualista e do determinismo estruturalista” (ALVES, 2002, p. 1).

Esse tratamento dispensado pelo Modelo ao agente e à estrutura é de fundamental importância para a análise de um hospital, na medida em que não subestima a ação dos agentes organizacionais e, nesse sentido, representa um diferencial em relação às abordagens que descrevem a organização hospitalar primordialmente como um sistema e/ou como uma estrutura rígida.

2. Revisão bibliográfica

2.1 O modelo de organização multidimensional-reflexivo de Alves (2003)

O modelo multidimensional-reflexivo (OMR) tem por fundamento o legado de Max Weber, contudo não se trata de um estudo sobre seu pensamento e sua obra. Na concepção do modelo, a tipologia da ação social e os tipos ideais de dominação weberianos foram tomados como referência para gerar novos conceitos e idéias.

A construção de um modelo de análise a partir dos tipos ideais weberianos somente foi possível na medida em que se reconhece que esses construtos são impossíveis de serem encontrados empiricamente em sua pureza conceitual (ALVES, 2003). Nesse sentido, esclarece-se que o OMR não é apenas um novo ordenamento de componentes das estruturas de domínio de Weber. O Modelo é representado por uma configuração organizacional-administrativa multifacetada, tríplice e transiente, na qual têm-se elementos caracterizadores dos estilos de gestão patriarcal, da liderança com traços carismáticos e da administração burocrática, dinamicamente relacionados entre si e influenciando-se mutuamente em variadas intensidades.

Desse modo, consideram-se as seguintes situações, em relação às suas dimensões constituintes:

- Quanto ao carisma: Alves situa seu modelo em um *continuum* entre dois pólos extremos — o carisma genuíno e o carisma rotinizado (despersonalizado). O OMR opera com a liderança de traços carismáticos mitigados; conquanto não ressalte o ímpeto revolucionário (característica inseparável do carisma puro), tampouco enfatiza o carisma despersonalizado (corresponde ao carisma objetivado);

- Quanto ao patriarcado: o modelo classifica o patriarca em três categorias, tendo como variante a possibilidade de exercer o livre arbítrio: reformador (máxima vontade própria – livre arbítrio), renovador (intermediária), conservador (área mínima de livre arbítrio);

- Quanto à burocracia: para fins do modelo, considera-se o burocrata como mais ou menos rígido (ou flexível), conforme sua presença e atuação em uma organização estejam mais ou menos próximas em relação ao tipo ideal de burocracia.

Alves (2003) entende que mesmo em organizações fortemente reguladas por princípios racional-instrumentais, onde os membros aproximam-se em função de interesses materiais, não se elimina a necessidade de confiança entre eles. O autor ressalta que o Modelo parte do pressuposto de que a lógica de mercado não aniquila os laços socioafetivos, nem a devoção a antigos costumes; a abordagem multidimensional-reflexiva considera então que essas duas dimensões (racionalidade instrumental e ingredientes afetivos) podem articular-se e conviverem numa mesma organização.

O OMR procura superar a dualidade presente nas posições caracterizadas pelo destaque exclusivo à estrutura ou pela relevância excessiva do agente individual. O Modelo prioriza o diálogo entre essas posições polarizadas, tentando não ceder ao determinismo das estruturas sobre indivíduos passivos, nem acatar que os indivíduos com suas habilidades são capazes de realizar sua vontade ou quase tudo dentro de uma organização:

Vale dizer, os agentes organizacionais (individual ou coletivamente) têm sua ação condicionada pela estrutura, embora eles também engendrem esta última. Em outras palavras, as propriedades estruturantes (regras e recursos) são dotadas de uma ‘causalidade condicionante’ que não determina a ação dos indivíduos, mas a restringe ou a facilita (ALVES, 2002, p. 2).

Na perspectiva adotada por Alves (2003), o indivíduo e a organização são considerados como dimensões estreitamente articuladas e em recíproco condicionamento, ainda que em algumas situações uma delas temporariamente se sobressaia, devido à dinâmica a que a organização está sujeita.

No que se refere aos mecanismos de coordenação e controle, o OMR assimila simultaneamente um controle utilitário e normativo, no qual se exerce, de um lado, um poder tangível e remunerativo, através de autoridades; e de outro, opera um poder intangível e normativo, por meio de lideranças que alocam recompensas simbólicas e criam referências de comportamento. É possível então que, no primeiro caso, sejam gerados nos membros da organização um comportamento de caráter mais calculista e uma participação de natureza utilitária; e no outro, poderão ser produzidos um comportamento em que predomina uma orientação motivacional de natureza moral e um comprometimento de caráter afetivo-emocional (ALVES, 2004).

Além dessas propriedades, o OMR acolhe o exercício de um diálogo interdisciplinar que procura transpor conceitos correlatos entre disciplinas afins das ciências sociais, principalmente da Sociologia e da Administração, como forma de ampliar sua capacidade analítica.

Na próxima seção será apresentado o agente organizacional multidimensional – reflexivo (AMR), construto fundamental no Modelo de Alves (2003).

2.2 Características do agente

O agente organizacional multidimensional-reflexivo (AMR) é uma construção teórica em cuja origem se encontra uma combinação de elementos do patriarca, do líder com traços carismáticos e do burocrata:

é um construto teórico indissociável do modelo e representa um indivíduo que age racionalmente em relação a fins, mas também orientado pela tradição e movido por sentimentos afetivos (ALVES, 2003, p. 105).

Segundo o modelo proposto, o agente organizacional pode conceber novos desenhos e configurações administrativas que propiciem a competitividade da organização e uma ambiência sociotécnica mais condizente com as necessidades humanas: uma organização que se afaste da tradição que imobiliza, da liderança carismática que se basta por si mesma e da impessoalidade da burocracia. Ademais, o AMR pode estar representado em diversos protagonistas da organização e situado em várias posições na estrutura organizacional. O quadro (1) abaixo possibilita uma melhor visualização acerca do posicionamento e atuação do agente organizacional:

Posição na Estrutura	Perfil do AMR
Nível Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tem perspectiva político-estratégica. ✓ Grau de liberdade para agir: máximo; ✓ Responsável pela análise de fatores exógenos e endógenos que condicionam a composição dos meios e recursos organizacionais ✓ Estabelece diretrizes e coordena os recursos organizacionais de acordo com os objetivos estratégicos e prazos

	correspondentes.
Nível Intermediário	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possui perspectiva tático-setorial; ✓ Tem poder de perícia que pode funcionar como flexibilizante da estrutura; ✓ Pode conseguir uma razoável autonomia no trabalho.
Nível Operacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atuação mais voltada a um determinado segmento de atividade; ✓ Perspectiva específica e limitada ao grupo ocupacional ao qual pertence; ✓ Mais sujeito a controles e mais submisso a regras e regulamentos, mas sob certas circunstâncias especiais, ele pode ter iniciativas de grande relevância para a organização.

Quadro (1): Posicionamento e atuação do agente na estrutura conforme o Modelo de Alves (Fonte: adaptado pela autora de Alves, 2003).

Em se tomando o processo de mudança como referencial, uma outra caracterização do AMR surge: ora ele pode atuar mais no sentido de manter o *status quo* — conservando rotinas e costumes e reagindo a forças descentralizadoras; ora pode agir procurando inovar procedimentos e criando novos padrões operacionais. Nesse sentido, Alves (2003) considera três perfis para o construto:

- agente organizacional conservador — defensor do precedente estabelecido e de normas e hábitos preexistentes, apresenta características que o aproximam do burocrata ou do patriarca típicos;
- agente organizacional transformador — defensor da inovação e da promoção de mudanças nas práticas administrativas, aproxima-se do líder com traços carismáticos ou do patriarca reformador;
- agente organizacional adaptador — defensor do equilíbrio entre a padronização de procedimentos e a livre iniciativa criadora, apresenta-se como burocrata flexível ou patriarca renovador.

2.3 Hospitais Universitários

Neste trabalho, os termos hospital de ensino (HE) e hospital universitário (HU) serão utilizados indistintamente, ambos se referindo aos hospitais-escola que pertencem às universidades.

Médici (2001) explica que os hospitais de ensino são tão antigos quando o conceito de saúde que surgiu com o renascimento. Entretanto, somente no início do século XX, com a medicina flexneriana, que tinha como base o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a ênfase na medicina curativa, a tecnificação do ato médico e seu impacto no aumento da especialização, é que se tornou quase obrigatório o vínculo e a dependências dessas instituições junto as Faculdades de Medicina.

Até os anos 70, os hospitais universitários, em sua grande maioria, funcionavam como instituições distantes do perfil epidemiológico das populações e eram dominados por interesses de médicos especialistas. A visão da atenção primária associada à democratização da saúde; técnicas de prevenção reconhecidas como redutoras de custos dos sistemas de saúde; a multidisciplinaridade crescente da atenção a saúde foram algumas mudanças no campo da saúde que trouxeram novas características aos HU's.

Para Puzin (1996), um hospital de ensino (HE) é um centro de atenção médica de alta complexidade que:

(a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa; (c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; (d) exerce um papel político importante na comunidade que está inserido (p.9).

Corroborando essa definição, o Ministério da Educação (MEC) apresenta os HU's como as únicas unidades de saúde em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população; além de garantirem o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais (BRASIL, 2006).

De forma geral, existem algumas características comuns a esse tipo de hospital. Eles complementam o ensino acadêmico em várias áreas do conhecimento; são, em especial, importantes centros de formação de pessoas e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Aproximadamente 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos da área de saúde se desenvolve dentro de hospitais universitários; durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro desses hospitais (CAMPOS, 1999). Entende-se, então, que esses hospitais provêm sustentação ao ensino e à pesquisa, visto que: são locais de treinamento prático; têm compromisso com o aprendizado e a assistência e com a responsabilidade do ensino sob supervisão; estão voltados à qualificação técnica e à produção do conhecimento.

Vale dizer, as três funções principais desempenhadas pelos HU's são: pesquisa, ensino e assistência; funções não excludentes, mas que por vezes concorrem entre si. Neste sentido, concorda-se com Mintzberg (1997), quando o autor afirma que os hospitais de ensino, em geral, vivem em guerra consigo mesmo, posto que essas três principais forças — atendimento ao paciente em geral, serviço a uma comunidade em particular e o *status* de pesquisa em uma universidade — travam conflitos na dinâmica interna dessas organizações.

Visto de outro ângulo, essas mesmas funções conflituosas são responsáveis por conferir aos hospitais universitários dinâmica, características e compromissos diferenciados. Carapinheiro (1997) confirma essa singularidade e alerta que um hospital ao acolher a Faculdade de Medicina ou uma Universidade, compromete-se a garantir a articulação da função assistencial com a função de ensino, tornando-se dessa forma mais vulnerável às pressões internas e externas.

“O gigantismo”, “a dissolução do espírito de corpo”, “a força centrífuga dos serviços” e “a distorção de fins” (FERREIRA 1985a, 1964 apud CARAPINHEIRO 1997) são perigos enfrentados por esse tipo de hospital e conferem maior complexidade para administrá-los e dirigi-los. O primeiro deles refere-se a um efeito decorrente da acumulação excessiva de meios materiais e da multiplicação injustificada de serviços; o segundo trata-se de uma conseqüência do envolvimento do hospital nas teias do poder político e econômico.

E mais, entre um e outro dos perigos há a tentação de os serviços hospitalares se isolarem, autonomizarem-se e subverterem os fins prioritários da instituição. Assim, “a tendência para a automação dos serviços era encarada como a fragmentação de um corpo que se considerava incindível” [...] (CARAPINHEIRO, 1997, p.33), o que se torna presente quando se considera o hospital como um amontoado de serviços e não como um todo.

A distorção dos fins aparece na hipertrofia dos objetivos de ensino e de investigação face aos objetivos assistenciais, ou na rejeição das funções preventiva e recuperadora na consagração da função curativa:

Repetidamente, no discurso dos dirigentes hospitalares, quer dos hospitais escolares quer dos hospitais não escolares, insiste-se no princípio de que o hospital escolar é antes de tudo um hospital e só depois é escolar, na recusa e

simultaneamente na denúncia implícita da sua posição privilegiada na estrutura hospitalar (CARAPINHEIRO, 1997, p.33).

Surge então a percepção de haver uma disputa de prioridades entre dois dos vértices que compõem a missão dos HU's: o ensino e a assistência. Sobre essa disputa, Mintzberg (1997) reforça que os hospitais existem para o cuidado de pacientes, e nós cidadãos de uma comunidade local não temos escolha, mas apenas depender desta organização para o cuidado de nossa saúde. Assim “pesquisa é importante, é *status* internacional, pode ser relevante, mas como cidadãos, nós temos que assegurar primeiramente que nossas instituições locais nos sirvam antes de servir ao mundo” (p.12).

Como conseqüência, as funções dos HU's tendem a suscitar visões diferentes sobre esses hospitais por parte dos segmentos que os compõem e reforçam ainda mais a disputa referida no parágrafo anterior. Não raro encontra-se dissonância parcial entre os objetivos organizacionais e os interesses dos grupos e indivíduos que dela fazem parte, traduzidos em diferenciados pontos de vista, como: de um lado os profissionais preocupados com condutas terapêuticas, diagnósticos, tecnologias e medicamentos de ponta; de outro lado, aqueles cuja função é assegurar o equilíbrio financeiro e as fontes de recursos necessárias à sobrevivência da organização.

Outra importante característica dos HU's é que estes são também reconhecidos como fontes de prestígio e poder para várias classes de profissionais, e por isso estão sujeitos ao controle de corporações de saúde, as quais podem influenciar fortemente na gestão da organização. Esse fato “os transforma em hospitais de difícil manejo e controle social” (PUZIN, 1996, p. 155).

Ademais, os HU's representam uma parcela importante do gasto total com saúde do país. “Ao utilizarem alta tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa de saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento. São, portanto, hospitais caros” (MÉDICI, 2001, p.151). Uma das principais razões para tal quadro é que o atendimento prestado pelos hospitais de ensino inclui atividades de pesquisa e prática clínica: enquanto a primeira prioriza contemplação cuidadosa e ininterrupta, a segunda é intensivamente orientada, requer decisões rápidas e por vezes urgentes. Além dessas, ainda há as atividades de ensino. Em assim sendo, o tempo de permanência do pacientes aumenta com vistas à que as práticas de ensino, assistência e pesquisa sejam realizadas (MINTZBERG, 1997).

No Brasil, até agosto de 2004, existiam 147 instituições enquadradas como hospital de ensino, sendo 75 públicos, entre os quais, 45 ligados diretamente ao Ministério da Educação (BRASIL, 2006). Os HU's são também consideradas instituições estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, na medida em que disponibilizam 39,9 mil leitos para o mesmo, o equivalente a 10,3% dos leitos brasileiros. Também respondem por mais de 12% das internações hospitalares e por cerca de 4,8 mil leitos de UTI da rede pública de saúde (25,6%). Em 2003, essas unidades de saúde efetuaram 37,6% dos 386 mil procedimentos de alta complexidade realizados no país (CHIORO, 2004).

Apesar de seu relevante papel no sistema de saúde de nosso país, essas instituições têm vivido, ao longo dos últimos anos, uma profunda crise caracterizada por limitação orçamentária, dificuldade de financiamento, desorganização administrativa, sucateamento de suas instalações, dificuldade de gerenciamento, greves, entre outros (CHIORO, 2004; ABRAHUE, 2006).

3. Metodologia

O presente estudo adota uma perspectiva predominantemente qualitativa por não enumerar e/ou medir os eventos estudados; mas sim partir de questões ou focos de interesses amplos que vão se definindo na medida em que o estudo se desenvolve. O enfoque qualitativo

adotado justifica-se na medida em que se trabalhou com um nível de realidade que dificilmente pode ser quantificado – a análise de uma organização à luz de um modelo - e que procurou responder a questões muito particulares, específicas de um determinado contexto (MINAYO, 2004).

No desenvolvimento do trabalho procurou-se conservar os aspectos definidos por Turato (2003) que melhor caracterizam a pesquisa qualitativa: o ambiente natural (o HUPAA) como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ênfase na descrição; a preocupação do pesquisador com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; os dados analisados indutivamente e a captação de significados como preocupação essencial.

Tomando como referência a *frondosa árvore* das metodologias qualitativas (MILES; HUBERMAN, 1994), o presente estudo classifica-se como “básico ou genérico”, uma vez que contém características essenciais da metodologia qualitativa, mas não a ponto de enquadrá-lo em um tipo específico como, por exemplo um estudo de caso, um estudo etnográfico ou qualquer outra modalidade específica.

Utilizou-se a categoria de análise prevista no OMR: caracterização do agente e relacionamentos internos. A escolha dessa procurou enfatizar o relacionamento agente-estrutura, tentando afastar-se da tendência a se tratar os hospitais como sistemas e/ou estruturas.

Posto isso, seguem a categoria de análise e sua respectiva definição operacional adotada na pesquisa:

➤ **Características do agente e dos relacionamentos internos:** operacionalizada a partir dos seguintes indicadores: caracterização a orientação que determina ações do agente (relacionada a fins, tradição ou sentimentos afetivos), dimensão do tempo que se destaca nas ações do agente, representação do agente conforme posição na estrutura da organização, forma de condução do processo sucessório do dirigente da organização, quadro de pessoal (qualificação requerida, recrutamento, regime de trabalho, treinamento, avaliação de desempenho, política de recompensas e remuneração), relacionamento no local de trabalho.

O campo empírico do estudo — o HUPAA — foi selecionado de forma intencional, não probabilística e típica. Para tal, seguindo a perspectiva da pesquisa qualitativa, foram considerados os seguintes aspectos: o pioneirismo em utilizar o modelo de Alves (2003) para análise de um hospital universitário público; o fato de o HUPAA ser o único hospital universitário federal no Estado de Alagoas e desempenhar papel de relevante importância no segmento da saúde pública daquele Estado.

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram análise documental, entrevista semi-estruturada e observação participante. Assim sendo, adotou-se o expediente da triangulação: a combinação de vários métodos de pesquisa no estudo do mesmo fenômeno (DENZIN; LINCOLN, 2000), tendo por objetivo básico abranger a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138) e diminuir “a influência dos vieses do pesquisador no resultado final das análises” (VIEIRA; ZOUAIN, 2004, p. 23).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2006; as entrevistas semi-estruturadas e a observação participante ocuparam-se de coletar os dados primários; a análise documental captou os dados secundários. No total, foram realizadas 35 entrevistas, com agentes de vários setores/serviços do HUPAA.

A definição dos indivíduos a ser entrevistados se deu a partir da contemplação dos dados colhidos na análise documental, quando foi possível definir quais sujeitos viriam a fornecer os dados ainda necessários à pesquisa, sendo selecionados dentro do HUPAA os respondentes que pudessem efetivamente ajudar a compreender o fenômeno em estudo (MERRIAM, 1998).

Portanto, a seleção dos sujeitos entrevistados segue o padrão de amostragem proposital, intencional ou deliberada. Para Patton (2002), a lógica e o poder da amostragem intencional e não probabilística baseia-se em selecionar casos ricos de informação para o estudo. A certo ponto as respostas sobre os aspectos abordados começaram a se repetir, tendo sido esse o sinalizador para se optar pela conclusão da coleta.

Optou-se em não entrevistar pacientes e estudantes ou residentes, uma vez que a percepção desses sobre o HUPAA está diretamente voltada ao desempenho da organização. Nesse sentido, é útil lembrar que esta pesquisa não acolheu o indicador que se ocupa do sistema operacional (ALVES, 2003), uma vez que ele é justamente voltado à análise do desempenho organizacional, e isso demandaria comparação do HUPAA com outros HU's, o que não era objetivo desta pesquisa.

Não obstante, evidenciou-se a necessidade de observar no cotidiano da organização o comportamento de alguns aspectos explicitados nas entrevistas. Para tal fim, a observação participante foi utilizada para coleta de tais dados, procurando-se pesquisar um pouco mais sobre o agente (interação, relacionamento no ambiente de trabalho). Foram realizadas observações em setores, reuniões das direções do HUPAA, reuniões entre diretorias e setores, eventos de socialização, reuniões científicas. As etapas desenvolvidas para essa técnica de coleta de dados foram: seleção das situações e dos aspectos relevantes para a pesquisa, elaboração do roteiro de observação realização da observação (registro de anotações de campo).

No que se refere a análise documental, foram utilizados como fonte de dados secundários os seguintes documentos organizacionais do HUPAA: regimento interno (datado de 1976); minuta do novo regimento interno (elaborada em 2005), relatórios de gestão (2003, 2004 e 2005); normas de funcionamento e regulamentos setoriais; manuais de rotinas; *sites* institucionais do HUPAA, do MEC, do MS e da UFAL; informativos internos do hospital e da UFAL; plano estratégico 2006/2007; organograma; plano operativo anual 200; portaria de certificação do hospital; termo do convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o HUPAA; relatórios internos do Setor de Recursos Humanos (SRH), da Coordenação de Desenvolvimento Institucional (CDI), do Setor Financeiro e do Núcleo de Processamento de Dados (NPD).

Foi utilizada a técnica da análise de conteúdo para a análise dos dados coletados nos documentos organizacionais e nas entrevistas (BARDIN, 2004).

4. Apresentação e análise dos resultados

O Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da UFAL – organização escolhida como campo empírico desta pesquisa – foi fundado em 1973, órgão de apoio acadêmico da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), desempenha ações que abrangem as áreas de ensino, pesquisa e assistência. Sendo o único hospital público federal do Estado de Alagoas, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação, através da UFAL, na condição de hospital de ensino e centro de pesquisa científica. No âmbito da assistência, o hospital reporta-se ao Ministério da Saúde, atende exclusivamente a pacientes do SUS, integra a rede pública de saúde em Alagoas e desempenha importante papel como referência terciária da região.

Atualmente, o HUPAA é reconhecido pelos diversos segmentos da sociedade alagoana como o maior hospital público do Estado, devido à sua área física, ao seu corpo clínico e às atividades que desenvolve voltadas à assistência, à pesquisa e ao ensino.

No que se refere à inter-relação entre o agente e a estrutura proposta no modelo de Alves (2003), esta foi evidenciada na organização pesquisada, e alguns exemplos podem ser tomados: a interferência do comportamento dos agentes sobre os processos de mudanças no HUPAA e vice-versa; o impacto dos processos de tomada de decisão, de comunicação e de

integração no desempenho dos agentes na organização; os valores referenciados nas categorias profissionais que afetam a estrutura organizacional do hospital, entre outros. Assim sendo, conforme previsto no Modelo de Alves (2003) e percebido na organização estudada, o indivíduo e a estrutura mostraram-se como dimensões reciprocamente condicionantes.

Quanto aos processos de recrutamento e seleção do quadro de pessoal do HUPAA, este processo se dá com base em critérios técnicos conjugados com critérios subjetivos, além de contar com a interferência de aspectos informais – tais como pedidos de funcionários, gerentes. De sua parte, as recompensas e punições incorporam aspectos subjetivos e objetivos.

Para a escolha do dirigente principal, os agentes se utilizam de critérios vinculados à capacidade técnico-gerencial, à experiência profissional e à trajetória na Instituição (critérios objetivos); enquanto para o cargo de gerentes intermediários são selecionados pela diretoria aqueles que julgam ser pessoas de sua confiança, leais à direção (critérios objetivos) e qualificados para o cargo (critérios subjetivos).

É razoável admitir que as pessoas que trabalham no HUPAA têm suas ações orientadas pelas mais diversas razões. Entretanto, alguns fatores insistentemente surgiram nas entrevistas como as principais indicações que pautam os indivíduos para o desenvolvimento de suas atividades no hospital: sentimentos afetivos, motivos racionais e história de vida. Vale dizer, o racional e o subjetivo estão presentes na orientação das ações dos agentes (ALVES, 2003): os entrevistados demonstraram que ora atuam movidos pela racionalidade instrumental – orientados por técnicas, rotinas de serviço e ora por razões afetivas e pela tradição - o apego ao Hospital e ao trabalho, o tempo de serviço na organização. Numa mesma categoria, há profissionais que descrevem sua orientação principal como sendo de caráter puramente utilitário — estão na organização para receber o salário que lhes é devido —, enquanto outros se orientam pelo sentimento de apego à história do hospital.

Percebeu-se que a natureza dos fatores que orientam os agentes entrevistados para a ação demanda recompensas que podem ser de caráter normativo, subjetivo e utilitário; sendo que os dois primeiros tipos de recompensa parecem ter mais ascensão sobre o segundo. Vêm-se então os agentes organizacionais do HUPAA corroborar Alves (2003) segundo o qual, o AMR é um indivíduo que age racionalmente em relação a fins, mas também orientado pela tradição e movido por sentimentos afetivos

As relações interpessoais estão presentes; foram observadas nos eventos sociais do HUPAA e verbalizadas durante as entrevistas; logo, não se pode afirmar que o relacionamento entre as pessoas é de todo impessoal, e tampouco que seu comportamento no ambiente de trabalho segue a máxima *sine ira et studio*.

Embora possa se pensar, que na medida em que o hospital vem crescendo, sua tendência óbvia seria tornar-se estruturalmente mais rígido, com procedimentos mais padronizados, a intensidade das relações interpessoais diminuindo e os dispositivos de controle requerendo mais formalização, no HUPAA percebeu-se que a esfera burocrática não aniquilou a presença de outros componentes como, por exemplo, o apego à tradição e o espaço para contatos informais no ambiente de trabalho. E mais, percebeu-se, durante as entrevistas e observações que os agentes sinalizam demandas para que a gestão seja descentralizada, o processo decisório seja desconcentrado, as mudanças aconteçam com mais agilidade; enfim com maior participação dos agentes organizacionais.

O HUPAA avançou durante os 33 anos de funcionamento — notadamente em sua estrutura física, contingente de funcionários, tecnologia, número de consultas, cirurgia e especialidades atendidas, receita financeira, entre outros. Além disso, alcançou posição de destaque no sistema de saúde em nível local e regional. Contudo, alguns aspectos nos levam a crer que parte dos agentes dessa organização não acompanha essa perspectiva de evolução adotada pela organização.

Percebeu-se certo sentimento de saudosismo em um grupo de membros da organização: muito se falou de um tempo em que o hospital era pequeno, havia poucos profissionais, todos se conheciam, a estrutura física do hospital era apenas “um esqueleto”, as condições de trabalho eram limitadas e não eram oferecidos à comunidade tantos serviços e tratamentos. Esse grupo de agentes organizacionais demonstra apego ao passado e às experiências vividas em sua trajetória na organização, e mesmo quando verbalizam a participação na evolução do hospital, não deixam de evidenciar a perda de um passado vivido na organização e que não volta mais.

Essa parcela de pessoas é vista por outros agentes como “os antigos”, “os que estão acomodados”, “os que não procuram se adaptar às mudanças e avanços do hospital”, “os decanos”, “aqueles que sempre querem fazer as coisas da mesma forma que antigamente”, “pessoas que tem a mesma mentalidade de quando chegaram aqui”.

Entretanto, ao aprofundar-se a pesquisa sobre essa situação, evidenciou-se que, mesmo dentre aqueles que não se sentem incluídos nesse grupo dos “antigos”, há queixas de que o hospital vem evoluindo mais rápido que o ritmo, os hábitos e a mentalidade das pessoas.

Segundo a grande maioria os agentes organizacionais entrevistados, quando novos processos internos se apresentam ou novas tendências são demandadas pelo ambiente externo, sua reação inicial é reportar-se às experiências vividas ou à realidade que estão vivendo, assumindo postura de resistência até que se esclareça o porquê e a necessidade de inovação.

Somente nas entrevistas dos agentes do nível estratégico foi percebido que o desenvolvimento de suas ações tem o foco voltado ao futuro da organização, embora não desconsiderem as experiências já vividas na organização. Segundo esses agentes organizacionais, o HUPAA tem aspectos de seu passado que devem ser conservados e se possível mantidos; mas também há necessidade de avançar na direção do aperfeiçoamento de alguns processos organizacionais. Vale dizer, percebeu-se que o HUPAA caminha em direção ao futuro com mudanças e avanços, mas também traz em si costumes e práticas tradicionais acumulados em seus 33 anos de história.

Não se trata de uma organização somente preocupada com o cumprimento de regras, pois se assim fosse não teria tido condições de avançar, mudar ou fazer algumas correções em sua trajetória histórica; no entanto, não é um Hospital que sustente seu funcionamento apenas com laços afetivos, pois se assim fosse estrangularia vários de seus processos internos, o que não acontece. Dentro dessa organização, há um componente burocrático que se flexibiliza, mas há também espaço para liderança com traços carismáticos mitigados, que aparece quando necessário.

Significa dizer, em determinadas circunstâncias há uma certa liberdade ou espaço de adaptação imediata, visto que se trata de uma organização onde cada paciente demanda um tratamento diferente, o que faz com que o hospital atenda a vários de forma distinta, ainda que existam padrões, normas e rotinas definidas. Desse modo, não há como se centrar apenas na esfera burocrática, visto que não raro surgem intervenções de efeito mais imediato, e estas ocorrem através de pessoas com traços mitigados de liderança carismática e/ou lideranças cuja fonte de autoridade esteja calcada no saber. Ou seja, é uma organização que não está pautada somente em laços afetivos, tampouco em situações de total obediência a regras burocráticas; seria um pouco das duas coisas.

No HUPAA, é possível encontrar áreas em que a inovação e os relacionamentos interpessoais fluem mais facilmente, outras que necessitam de mais rotinas e impessoalidade, e ainda aquelas em que as ações centradas em pessoas são predominantes. Adicionando-se a isso os aspectos informais da autoridade, da interação entre os agentes, da comunicação e dos mecanismos integradores, a face instituinte do HUPAA se faz presente.

Numa mesma área, e em posições hierárquicas similares, há agentes organizacionais com perfis diferentes, ou, ainda outros com perfis semelhantes, mas em áreas e posições

hierárquicas distintas. Por exemplo, há auxiliares de enfermagem da mesma área, mas alguns com perfil aproximando-se do AMR conservador, enquanto outros sendo identificados como adaptador; ou, ainda, auxiliares de enfermagem de áreas diferentes, embora com o mesmo perfil, o adaptador.

Prosseguindo, poder-se ia imaginar que, por estarem mais próximos dos pacientes, os agentes da área-fim – diretamente atuando na assistência - teriam necessariamente o perfil do agente conservador, principalmente por estarem mais ligados a valores, aspectos subjetivos, regulamentos de suas profissões. Obviamente isso acontece, mas não necessariamente como uma regra a todos que trabalham naquela área; como também os agentes da área-meio, por sua distância em relação ao paciente e ao ensino, não necessariamente são do tipo adaptador. Significa que, não foi percebida se há correlação direta entre a atividade do agente e seu perfil conforme o OMR.

Vale dizer, tomando-se como base a realidade estudada, os três tipos de AMR descritos por Alves (2003) estão presentes nos mais diversos setores e posições hierárquicas do hospital estudado, não havendo como assegurar a correlação direta entre a posição do indivíduo na estrutura da organização e o perfil dos agentes estabelecidos por Alves (2003).

Por outro lado, os dados coletados mostraram o afastamento dos agentes organizacionais do HUPAA em relação ao AMR transformador, com seu perfil voltado totalmente à inovação e à mudança, tendo o agente total primazia sobre o sistema-organização (ALVES, 2003).

O ponto comum percebido entre os agentes organizacionais entrevistados foi que eles agem orientados por componentes tradicionais, sentimentos afetivos, mas também de maneira racional. Seu comprometimento com a organização tem caráter moral sem anular o lado utilitarista e vice-versa; por um lado são conduzidos por regulamentos, condutas e rotinas a lhes determinar como e o que devem fazer, mas não deixam de preservar certa subjetividade e reflexividade sobre o que executam; o tempo passado, o presente e o futuro são dimensões presentes em suas ações, atividades, e falas — ainda que em intensidades diferentes. As relações no ambiente de trabalho não são de todo impessoais, mas também não vão ao extremo da informalidade. Por todos estes aspectos aqui descritos e analisados, pode-se identificar o agente organizacional do HUPAA como sendo do tipo adaptador.

Em especial, com relação ao agente principal do HUPAA — o Diretor Geral —, seu perfil também se aproxima do tipo adaptador; as ações que desempenha na organização têm foco no futuro e amplitude estratégica, sem desprezar componentes de sua trajetória na organização; é orientado por valores morais e sentimentos afetivos, ao lado de razões financeiras (ainda que suavizadas); segue rotinas, normas e regulamentos, mas os flexibiliza conforme seu arbítrio; assume postura centralizadora em alguns processos, mas compartilha responsabilidades em outros.

Um aspecto que torna parte dos agentes do HUPAA diferenciados em relação aos tipos de AMR sugeridos pelo OMR é a autoridade e a liderança que alguns têm em virtude de sua *expertise* no ato de produzir saúde; em especial os médicos, os quais possuem tal ascensão em relação aos demais profissionais devido a seu papel central nos cuidados ao paciente. A existência dessa característica singular, ainda que não prevista no modelo de Alves (2003), não pode ser desconsiderada quando se pretende a compreensão da dinâmica do HUPAA, visto que essa peculiaridade pode ser captada no perfil dos agentes, nos relacionamentos internos, além de imprimir uma peculiar dinâmica interna à organização.

5. Conclusões

Complexidade, nobreza e amplitude de sua missão são alguns dos principais aspectos que descrevem um hospital. No cerne desse tipo de organização, encontra-se o binômio saúde/doença, elemento que impõe um cenário em que há o contato diário com incertezas,

com resultados difíceis de serem mensurados e com atores intimamente ligados a seus papéis, sejam eles o de curar ou o de esperar por essa mesma cura.

Nessa perspectiva, não houve surpresa ao percebermos que no HUPAA os mecanismos estruturantes e estruturados interagem com uma esfera instituinte conduzida por agentes organizacionais; causou sim uma inquietação imaginar que alguns pesquisadores ainda insistem em tratar aspectos formais e informais dicotomicamente, principalmente dentro de uma organização em que é comum encontrarem-se situações contrapostas convivendo lado a lado, sem uma separação nítida que as distinga.

O HUPAA não se caracteriza apenas por um conjunto de setores organizados e interligados, ou uma estrutura rígida com mecanismos de autoridade, linhas de comando, regras escritas e formalizadas. Além dessas variáveis, há ainda as de cunho subjetivo, que permeiam o cenário organizacional do HU e que não podem ser desconsideradas para o alcance de uma compreensão mais realista e ampliada desse hospital: as ações dos agentes organizacionais, suas interações, seus valores pessoais, sua trajetória dentro da organização, seus diferentes entendimentos sobre a missão do HUPAA, a autoridade dos agentes organizacionais baseada na *expertise*.

A pesquisa mostrou que as ações dos agentes organizacionais entrevistados são regidas por um sentido que é dado por esses mesmos indivíduos, e é esse sentido que define a intensidade e a amplitude das suas ações. Por sua vez, essas ações interferem e influenciam a estrutura formal do HUPAA. Assim, a configuração organizacional-administrativa do HUPAA não é algo estático e blindado: as características estruturais formais imbricam-se, condicionam e são condicionadas pela subjetividade e pela informalidade trazidas pelos agentes organizacionais. A realidade estudada nesta pesquisa mostrou um hospital onde os dispositivos estruturantes coexistem com a dimensão instituinte trazida por seus agentes organizacionais.

Este foi justamente um dos pontos que se questionou na introdução deste trabalho, qual seja a necessidade de ter-se modelos analíticos que também se preocupem com as peculiaridades, singularidades e aspectos informais presentes nos hospitais enquanto ambientes organizacionais dotados de complexas relações internas e externas.

Neste sentido, a escolha do OMR mostrou-se adequada, posto que dificilmente teriam sido tratados alguns aspectos informais presentes na configuração do HUPAA caso o modelo de análise utilizado para esta pesquisa se ocupasse apenas dos aspectos formais do Hospital. O exercício de aplicar o modelo de Alves (2003) para o estudo de um hospital universitário foi relevante, visto que abriu espaço para mostrar que é possível realizar a análise organizacional de um hospital considerando a relevância dos agentes e suas ações, seus valores, sua reflexividade, suas inquietudes — aspectos que provavelmente ficariam tolhidos não fosse a multidimensionalidade do OMR.

Tendo este trabalho realizado um teste prático de posições, cumpriu sua função de tentar aproximar teoria e prática, concordando com Demo (1987): "Nada melhor para a teoria do que uma boa prática e vice-versa" (p. 26). "Não há teoria sem prática, e vice-versa. Não se podem embaralhar as duas, nem separá-las de forma estanque" (p. 75).

De certo que não era objetivo deste trabalho enquadrar os agentes organizacionais do HUPAA em um dos tipos previstos pelo OMR; tampouco seria razoável eleger o OMR como o único modelo, teoria ou proposta analítica para o estudo e o pleno entendimento de uma organização hospitalar, tendo em vista os vários e complexos aspectos envolvidos no contexto das organizações hospitalares.

De outro lado, dada a magnitude das ações que o HUPAA desenvolve, cabe mencionar que os desdobramentos decorrentes desse imbricamento agente-estrutura têm impacto não somente na gestão do mesmo, mas também no alcance dos objetivos institucionais da UFAL, uma vez que a área das ciências da saúde é estratégica na formação multidisciplinar dos

recursos humanos que irão pesquisar e cuidar da saúde da população alagoana e circunvizinha.

Ainda assim, espera-se que este trabalho tenha contribuído para a compreensão mais ampliada acerca dessas organizações tão singulares — os hospitais universitários — e dos aspectos formais e informais, instituídos e instituintes que permeiam sua ambiência.

6. Bibliografia

ABRAHUE. Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf> Acesso em: 14 fev. 2006.

ALVES, Sérgio. **Racionalidade, carisma e tradição nas organizações empresariais contemporâneas**. Recife: Editora UFPE, 2003.

_____. A multidimensionalidade nas organizações empresariais: proposta de um modelo analítico. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2002. 1 CD-ROM.

_____. A atualidade da epistemologia weberiana: uma aplicação dos seus tipos ideais. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional**. Belo Horizonte: Rosa Dos Tempos, 1995.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira. **Hospital: Qualidade e Produtividade**. São Paulo: Savier, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior **Hospitais Universitários**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php>>. Acesso em: 14 fev. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.187-194, jan./mar. 1999.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto Portugal: Edições Afrontamento, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira; MERHY, Emerson Elias. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, maio, 2003.

CHIORO, Arthur. Hospitais de Ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, p. 8-9, set./out., 2004.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1987.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S (Org.). **Handbook of Qualitative Research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

MEDICI, André Cezar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERRIAM, Sharan B. **Qualitative research and case study applications in education**. 2. ed. San Francisco: Jossey-bass, 1998.

MILES, Matthew; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINTZBERG, Henry. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 4, n. 22, p.9-18, 1997.

PUZIN, Daniel. The proper function of hospitals within health systems. In: INSTITUTE FOR HEALTH POLICY STUDIES (IEPS), 1994, Paris. **Report...**Geneva: World Health Organization (WHO), 1996.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2. ed.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VIEIRA, Marcelo. Milano. F; ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.