

Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário

University Hospitals of Federal and New Organizational Restructuring: The First Look, An Analysis of a University Hospital

Vidigal Fernandes Martins
Doutorando em Administração (EAESP/FGV)
Mestre em Engenharia da Produção (UFSC)
Professor Adjunto (Universidade Federal de Uberlândia)

Resumo

Esta proposta de pesquisa toma como eixo central o contexto de reestruturação nos hospitais vinculados ao Ministério da Educação (MEC). Mais especificamente, procura pesquisar e aprender os principais modelos organizacionais contemporâneos a fim de identificar o modelo organizacional que mais se aproxima da referida proposta. Por conseguinte, pretende-se investigar e avaliar o processo de implantação do modelo de Re-estruturação dos hospitais Universitários (REHUF), no Hospital de Clínicas da UFU. Mais especificamente, procura apreender qual o modelo organizacional que mais se aproxima da proposta do modelo de Re-estruturação dos hospitais Universitários vinculados ao MEC (REHUF)? Ensino, pesquisa e assistência constituem os três pilares internos essenciais para viabilizar um alinhamento adequado entre políticas e práticas de gestão destes hospitais. Para se assegurar que a análise dos dados obtidos empiricamente possa contemplar os diferentes elementos que envolvem a totalidade do objeto de investigação, os procedimentos metodológicos seguem os pressupostos da pesquisa exploratória e qualitativa. As dimensões da pesquisa contemplam: grau de centralização/descentralização administrativa, forma de participação dos níveis hierárquicos nas decisões, grau de autonomia e responsabilidade dos gestores intermediários e processo de geração e disseminação de informações e processo de comunicação. Cabe destacar que este movimento no Brasil ganhou impulso, e que neste trabalho apresenta-se as primeiras inquietações do pesquisador.

Palavras-chave: Hospitais Universitários. Re-estruturação. Modelo Organizacional.

Abstract

This research proposal takes as its central axis the context of restructuring in hospitals affiliated to the Ministry of Education (MEC). More specifically, it seeks to research and learn the key contemporary organizational models to identify the organizational model that is closer to that proposal. Therefore, we intend to investigate and evaluate the implementation process of the model re-structuring of university hospitals (REHUF), the Clinical Hospital of UFU. More specifically, it seeks to grasp what organizational model that is closest to the proposed model of re-structuring of the university hospitals linked to the MEC (REHUF)? Teaching, research and service are the three essential pillars built to enable proper alignment between policies and management practices of these hospitals. To ensure that the analysis of data obtained empirically can contemplate the different elements that involve the whole object of investigation, the procedures follow the assumptions of the exploratory and qualitative research. The dimensions of the research include: degree of centralization / decentralization

administrative, form of participation in the decisions of hierarchical levels, degree of autonomy and responsibility of middle managers and process of generation and dissemination of information and communication process. It should be noted that this movement has gained momentum in Brazil, and that this work presents the first concerns of the researcher.

Keywords: *University Hospitals. Re-structuring. Organizational Model.*

1. INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa toma como eixo central o contexto de reestruturação nos hospitais vinculados ao Ministério da Educação (MEC). Mais especificamente, procura pesquisar e aprender os principais modelos organizacionais contemporâneos a fim de identificar o modelo organizacional que mais se aproxima da referida proposta. Por conseguinte, pretende-se investigar e avaliar o processo de implantação do modelo de Re-estruturação dos hospitais Universitários (REHUF), no Hospital de Clínicas da UFU.

Na gestão dos serviços de saúde, tem-se observado um movimento de mudança no modelo assistencial para atender a demanda crescente de serviços em virtude do envelhecimento da população, da variabilidade de condutas, da agregação crescente de novas tecnologias sem o proporcional aumento de receita e de fonte de financiamento para o setor saúde.

Acredita-se no que diz respeito à gestão de hospitais universitários brasileiros, por sua característica histórica, alguns fatores dificultam a implementação de um modelo mais eficaz para o desempenho organizacional, são eles: ausência de missão e visão de futuro que priorizem os processos e os resultados a partir de um planejamento estratégico; ausência de padrões de avaliação e medição de performance, não direcionamento para as necessidades dos usuários e para a administração participativa focada na melhoria continuada de forma estruturada e consistente.

Este trabalho pretende apresentar aspectos importantes do modelo de serviços de saúde, aqui entendidos como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde da população.

Tem por objetivo analisar a nova proposta de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e pesquisar os principais modelos organizacionais contemporâneos a fim de identificar o modelo organizacional que mais se aproxima da referida proposta.

A questão norteadora deste estudo foi saber quais são os pressupostos que sustentam a nova proposta de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

A resposta para esse questionamento está estruturada em cinco capítulos, que apresento de forma resumida.

Na primeira seção com caráter de revisão da literatura e intitulado “Estrutura Organizacional, Organizações hospitalares e os hospitais de ensino. Nesta seção, pretende-se entender, a partir de uma revisão teórica sobre as organizações em geral, em seguida buscar o entendimento de como estas organizações se estruturam, em especial os hospitais de ensino no Brasil.

A segunda seção intitulada “Hospitais Públicos Universitários e de Ensino no Brasil: Problemas Atuais”, pretende-se buscar um entendimento dos problemas que tanto preocupam a sociedade, no que tange a discussão da saúde, ponto central desta discussão. A partir deste

entendimento, tentar buscar o caminho de uma teoria organizacional que explique o novo processo de re-estruturação REHUF.

Por seguinte, pretende-se descrever o percurso, caminho a ser percorrido nesta pesquisa. Este caminho será o eixo metodológico, este de forma detalhada a explicar em detalhes o processo desta pesquisa, contextualizar o local de ocorrência do objeto problema de investigação, o hospital de Clínicas da UFU, busca compreender sua estrutura organizacional, e enfatiza o movimento de implantação dos procedimentos instituídos pelo programa de reestruturação dos hospitais Universitários (REHUF). Desta forma, procura-se evidenciar os principais elementos dos dados a ser obtidos nesta pesquisa empírica, correlacionando-os ao referencial teórico que fundamenta esta investigação.

Por finalizar, as considerações finais retomam em linhas gerais, as análises a serem realizadas em capítulos anteriores buscando apreender o objeto de estudo nos aspectos principais e gerais, procurando entender o processo de reestruturação dos hospitais de ensino e avançar o estudo do Hospital de Clínicas da UFU (HCU).

A regulação no hospital universitário passa a ter na implementação do SUS, um papel fundamental em três eixos: constitucional, para garantia dos princípios do SUS; organizacional, uso racional dos recursos; pedagógico e interativo com as equipes profissionais, visando resguardar os princípios da prática racional e a interdisciplinaridade, sem ferir os princípios éticos e garantir as ações de ensino, pesquisa e extensão, tendo como norte, as políticas públicas de estado.

Os Ministérios da Saúde e Educação, integrando suas ações, em uma política governamental de consolidação do SUS e formação em saúde, emitiram portaria conjunta nº. 1000 de 15 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União em 16 de maio de 2004 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004), que estabelece critérios para a certificação dos HUs, tratando da missão acadêmica e do relacionamento com a rede pública de saúde.

Posteriormente, a portaria nº 1006 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004) criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC e a portaria nº 1702 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004) o Programa de Reestruturação de todos os Hospitais de Ensino no âmbito do SUS.

Estas portarias redefiniram responsabilidades com vistas também à orçamentação mais adequada destas instituições e efetivando o controle social sobre as ações de saúde. Os HUs passam, a partir de então, a participar formalmente da Rede Pública de Saúde do SUS, devendo acordar e cumprir metas com a gestão pública de saúde, sob diretrizes das políticas públicas de Estado, com vistas também, à formação de recursos humanos para a realidade de saúde do país, bem como participar dos processos de educação permanente para o SUS.

Este assunto tem sido objeto de crescente interesse tanto na área acadêmica, quanto para a sociedade e para o próprio governo.

Dados recentes mostram que os HUs consumiram, em 2008, recursos da ordem R\$ 3,65 bilhões, registrando um déficit, somente no período, de R\$ 22 milhões (ANDES, 2009).

Em relatório produzido pelo MEC, a maior parte deste déficit decorre de dívidas trabalhistas concentradas nas fundações de apoio, provocadas pelos contratos precários de trabalho. Ainda conforme o estudo, apenas 69% do financiamento da rede é sustentado pelo MEC. O restante fica a cargo do Ministério da Saúde (MS). Na soma de todos os hospitais federais de ensino, há um déficit de R\$ 27,4 milhões entre o pago e o produzido (ANDES, 2009).

Neste contexto, recai a importância de investigar e avaliar o processo de implantação do modelo de Re-estruturação dos hospitais universitários vinculados ao MEC (REHUF).

Ensino, pesquisa e assistência constituem os três pilares internos essenciais para viabilizar um alinhamento adequado entre políticas e práticas de gestão destes hospitais.

Assim é que se insere a questão de pesquisa proposta, qual seja: Qual o modelo organizacional que mais se aproxima da proposta do REHUF? De que forma este modelo pode ser compreendido a nível de centralização/descentralização administrativa, forma de participação dos níveis hierárquicos nas decisões, grau de autonomia e responsabilidade dos gestores intermediários e processo de geração e disseminação de informações e processo de comunicação.

A hipótese inicial é de que há sim, impactos na gestão dos hospitais universitários vinculados ao MEC que passam por um processo de reestruturação, mas não podemos precisar como esses impactos ocorrem e em que nível de profundidade. Nesta investigação focalizaremos a análise no hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU).

Neste sentido o objetivo geral desta pesquisa é investigar qual o modelo organizacional que mais se aproxima da proposta do modelo de Re-estruturação dos hospitais Universitários vinculados ao MEC (REHUF)? Para o alcance deste objetivo é necessários levantar os seguintes objetivos específicos:

- analisar o movimento mais amplo das mudanças na forma de organização da produção, do trabalho e do papel do Estado e os desdobramentos dessas mudanças nas políticas públicas de saúde em especial, no modelo de gestão dos hospitais universitários vinculados ao MEC;
- analisar a nova proposta de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e pesquisar os principais modelos organizacionais contemporâneos a fim de identificar o modelo organizacional que mais se aproxima da referida proposta;
- Avaliar as seguintes dimensões na implantação do novo modelo para a gestão dos hospitais universitários, no Hospital de Clínicas da UFU: grau de centralização/descentralização administrativa, forma de participação dos níveis hierárquicos nas decisões, grau de autonomia e responsabilidade dos gestores intermediários e processo de geração e disseminação de informações e processo de comunicação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. HOSPITAIS PÚBLICOS, UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO NO BRASIL: PROBLEMAS ATUAIS

Existe, atualmente, um amplo debate sobre a situação dos Hospitais Universitários (HUs). Desde o início do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, várias discussões sobre os problemas dos HUs vêm sendo compartilhadas entre os Ministérios da Saúde e da Educação.

A crise dessas organizações hospitalares, com seu quadro de déficit acumulado, é atribuída, na versão do movimento sindical, ao abandono pelas esferas governamentais e pela utilização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para manutenção de pessoal terceirizado. Na maioria dos HUs, os gestores buscaram resolver os problemas de gestão de forma unilateral (XX CONFASUBRA, 2009).

Além dos financeiros, outros problemas merecem atenção: “os aspectos políticos; aspectos organizacionais (internos e externos); assistenciais; de formação profissional; e sociais” (BRASIL, 2004 citado por VAGHETTI, 2008, p. 62).

Vaghetti (2008, p. 62) descreve esses problemas, elencados e analisados pelo Ministério da Saúde, na seguinte ordem:

Problema 1: Insuficiência relativa e má-distribuição dos leitos hospitalares, com alta concentração de leitos em algumas microrregiões (Sudeste e Sul) em alguns Estados (SP e RJ) e, no plano geral, nos municípios de grande porte da maioria dos Estados (capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes).

Problema 2: Insuficiência de políticas e baixa capacidade de gestão da rede hospitalar por parte das instâncias governamentais, nos vários níveis de governo, e baixa capacidade gerencial dos estabelecimentos da rede hospitalar pública e privada.

Problema 3: Inadequação dos mecanismos de alocação dos recursos financeiros para a atenção hospitalar no SUS e insuficiência dos mecanismos de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos alocados na rede.

Problema 4: Grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços no nível da maioria dos Estados, de modo a contemplar a redefinição das relações entre a rede básica e os serviços de média e alta complexidade, com reorientação do papel dos hospitais gerais e especializados - fortalecimento de redes assistenciais específicas e estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência.

Problema 5: Grau incipiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares, em quantidade e qualidade, que permita a análise da sua adequação ao perfil de necessidades de saúde da população atendida, bem como da avaliação da efetividade dos serviços e da satisfação dos usuários (VAGHETTI, 2008, p. 62).

Ainda conforme análise da autora ora citada, na tentativa de “amenizar essas graves dificuldades, algumas políticas públicas de saúde vêm sendo adotadas, para reestruturar os hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde” (SUS) (VAGHETTI, 2008, p. 62-63).

As políticas públicas referidas são:

Políticas Públicas de Saúde	Objetivo
Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001 (VAGHETTI, 2008).	Melhorar a assistência hospitalar.
Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais de Ensino, em 2003 (VAGHETTI, 2008).	Diagnosticar a atual situação dos hospitais de ensino no Brasil, para reorientar e/ou formular a política no setor
Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Ministério da Educação. Os Ministérios da Saúde e Educação, integrando suas ações, em uma política governamental de consolidação do SUS e formação em saúde, emitiram portaria conjunta nº. 1000 de 15 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União em 16 de maio de 2004 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009a). Portaria nº 1006, criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009b). Portaria nº 1702 o Programa de Reestruturação de todos os Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009c).	Otimizar as políticas de saúde para o âmbito do SUS.) e que estabelece critérios para a certificação dos HUs, tratando da missão acadêmica e do relacionamento com a rede pública de saúde. Estas portarias redefiniram responsabilidades com vistas também à orçamentação mais adequada destas instituições e efetivando o controle social sobre as ações de saúde. Os HUs passam, a partir de então, a participar formalmente da Rede Pública de Saúde do SUS, devendo acordar e cumprir metas com a gestão pública de saúde, sob diretrizes das políticas públicas de Estado, com vistas também, à formação de recursos humanos para a realidade de saúde do país, bem como participar dos processos de educação

	permanente para o SUS.
Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde em 2005.	Este programa, apenas reforçou o programa de 2001, considerando a participação filantrópica no SUS.
Projeto de Lei 92/2007 defendido pelo Ministério da Saúde, proposta de criação da Fundação Estatal (XX CONFASUBRA, 2009)	Mudança no Modelo de Gestão, este modelo encontra resistência por parte dos sindicatos dos trabalhadores, a FASUBRA.
Programa Re-estruturação dos HUs (REHUF) – diagnóstico e indicadores, sistema ligado ao Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC). Portaria 04/2008, que se determina a criação das Unidades Orçamentárias (UO), para os HUs, Unidades de Pagamento (UPAG) e Unidades Gestoras (UG) (XX CONFASUBRA, 2009).	Diagnosticar os problemas e buscar elaborar políticas específicas para os hospitais de Ensino.

Quadro 1: As novas políticas públicas de saúde e seus objetivos.

Fonte: BRASIL (2004a); BRASIL (2004b); BRASIL (2004c); (XX CONFASUBRA, 2009); (VAGHETTI, 2008).

Conforme se pode observar, várias foram as políticas de saúde públicas formuladas nesta primeira década dos anos 2000. A mais recente foi o Programa Re-Estruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

2.2. PROGRAMA RE-ESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS (REHUF)

O Programa Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), pelo que se percebe, teve um norte a partir da publicação, em 02 de maio, da Portaria n.º 4, de 29 de abril de 2008, da Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação (AGECOM, 2009). Essa portaria altera a execução orçamentária e patrimonial dos Hospitais Universitários Federais de Ensino.

A referida portaria foi elaborada com a finalidade de permitir que os Ministérios - MEC, MS e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - consigam visualizar os gastos dos hospitais universitários, facilitando a percepção dos problemas enfrentados pelos HUs para, assim, elaborar um diagnóstico da situação atual e o planejamento de um novo modelo de gestão (AGECOM, 2009).

Após essa medida do governo, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), instituiu uma Comissão, congregando dirigentes das Instituições Federais de Ensino (IFES), dos HUs vinculados às Universidades Federais, Diretores da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e Ensino (ABRAHUE), Procuradores e representantes do MEC. Dentre os objetivos dessa comissão, contemplava-se discutir o modelo de financiamento dos Hospitais Universitários.

O diagnóstico mostrou que atualmente os HUs congregam cerca de 5.800 docentes e aproximadamente 72 mil alunos (ANDES, 2009).

O fator Recursos Humanos é uma das principais preocupações na reestruturação da proposta. O diagnóstico contabilizou 1.124 leitos atualmente desativados devido à falta de pessoal. De acordo com o levantamento, a “necessidade emergencial” é de 5443 vagas para servidores (ANDES, 2009).

Outra consideração importante concerne ao financiamento dos hospitais. O REHUF propõe uma nova pactuação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, e ainda faz referência às dívidas dos hospitais (ANDIFES, 2009).

Dados recentes mostram que os HUs consumiram, em 2008, recursos da ordem de R\$ 3,65 bilhões, registrando um déficit, somente nesse período, de R\$ 22 milhões (ANDES, 2009). Segundo relatório produzido pelo MEC, a maior parte desse déficit decorre de dívidas trabalhistas concentradas nas fundações de apoio, provocadas pelos contratos precários de trabalho. Ainda conforme tal estudo, apenas 69% do financiamento da rede é sustentado pelo MEC, o restante fica a cargo do Ministério da Saúde (MS). Na soma de todos os hospitais federais de ensino, há um déficit de R\$ 27,4 milhões entre o pago e o produzido (ANDES, 2009).

Pelo que se apresenta, o financiamento dos hospitais universitários é uma das maiores preocupações dos reitores. O custo de um hospital-escola, que oferece ensino e assistência ao mesmo tempo, é cerca de 40% maior do que o de uma unidade de saúde tradicional, uma vez que os valores pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento não correspondem às necessidades dos hospitais universitários (UNB AGÊNCIA, 2009).

Além desses fatores, dados oficiais do Ministério da Educação revelam que os seus 46 hospitais universitários funcionam com déficit de 5.443 mil trabalhadores, e isso tem provocado fechamento de leitos, além da acumulação de dívidas que ultrapassam cifras de R\$ 500 milhões de reais (UNB AGÊNCIA, 2009).

No que diz respeito à gestão de hospitais universitários brasileiros, por sua característica histórica, as diversas tentativas de reestruturação não foram bem sucedidas. Atualmente, a composição do financiamento dos hospitais universitários é de 65% por meio do MEC e 35% pelo Ministério da Saúde. Essas organizações têm um papel de grande importância, embora apresentem apenas 2,3% dos leitos do SUS, são responsáveis por 43% dos procedimentos de alta complexidade e da maioria dos transplantes de órgãos deste país (XX CONFASUBRA 2009).

Outro dado que merece atenção são os resultados quantitativos da produção dos hospitais de ensino referentes à pesquisa, extensão e assistência. De acordo com MEC, em 2008, pode-se representar a produção das atividades de ensino conforme a tabela abaixo:

Tabela 1: Produção de atividades de ensino nos HUs federais em 2008

HOSPITAIS POR PORTE	DOCENTES	ALUNOS	PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA	VAGAS PARA MÉDICOS RESIDENTES (ENTRADA – R1)	TOTAL DE MÉDICOS RESIDENTES	TOTAL DE RESIDENTES DE OUTRAS PROFISSÕES
PORTE I	234	4.214	9	59	64	24
PORTE II	560	8.383	57	179	312	152
PORTE III	1.981	21.667	295	753	1.421	18
PORTE IV	2.960	37.542	513	1.398	2.856	21
TOTAL	5.735	71.806	874	2.389	4.653	215

Fonte: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (2009).

Na tabela 2 é possível perceber os dados quantitativos referentes à pesquisa dos HUs em 2008.

Tabela 2: Produção de atividades de pesquisa nos HUs federais em 2008

HOSPITAIS POR PORTE	DISSERTAÇÕES	TESES	PUBLICAÇÕES NACIONAIS	PUBLICAÇÕES INTERNACIONAIS	PROJETOS	LABORATÓRIOS
PORTE I	22	10	120	98	293	52
PORTE II	71	9	111	56	583	22
PORTE III	211	68	822	458	797	67
PORTE IV	940	448	933	3.846	4.057	450
TOTAL	1.244	535	1.986	4.458	5.730	591

Fonte: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (2009).

Na tabela 3 é possível perceber os dados quantitativos referentes à assistência dos HUs em 2008.

Tabela 3: Produção de atividades assistenciais nos HUs federais em 2008

	Alta Complexidade	FAEC	Média complexidade	Total
Atendimentos de emergência	87.902	-	945.769	1.033.671
Internações	64.854	6.401	331.581	402.836
Consultas	313.681	-	6.042.970	6.356.651
Procedimentos	599.957	175.502	20.104.744	20.880.203

Fonte: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (2009).

O novo modelo REHUF se apresenta para propor novas práticas de gestão e organização do sistema de serviços de saúde. A proposta contempla:

- 1) **Validação do Modelo de Sustentabilidade dos HUs**, com base no modelo de desempenho x custos;
- 2) **Pactuação do MEC e MS** da proporcionalidade de participação na orçamentação global;
- 3) **Contratação de pessoal** em caráter emergencial;
- 4) **Regularização das contratações das Fundações de Apoio**;
- 5) **Fonte de financiamento** da depreciação anual predial e tecnológica;
- 6) **Fonte de financiamento** para ativação dos leitos (BRASIL, 2009).

Além desses aspectos, a proposta contempla outras ações, como a necessidade de manutenção predial e a cobertura da depreciação tecnológica com recursos alocados do adicional de 3% do valor pactuado entre MEC e MS, corroborado por diagnóstico situacional por corpo técnico competente. Tal proposta também prevê a ativação da capacidade instalada total de leitos dos HUs por meio da pactuação entre o MEC e o MS de acordo com a necessidade do sistema de saúde e com a definição de fontes de investimentos e custeio (BRASIL, 2009).

A breve apresentação da nova proposta de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) possibilitou visualizar os gastos desses hospitais e perceber os principais problemas enfrentados. Contudo, para a efetivação do propósito deste estudo, há a necessidade de se buscar sustentação teórica que caracterize a nova reestruturação proposta para os HUs, no que tange à estrutura organizacional.

2.3. HOSPITAIS, ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: PERCEPÇÕES E CARACTERÍSTICAS

A presença da atividade hospitalar, de acordo com Maudonnet (1988), tem sido comprovada nos mercados da Babilônia, no Egito e na Grécia antigos, na Índia (226 a.C) e Ceilão (437 a.C), desenvolvendo-se na era Cristã.

O primeiro registro da evolução histórica, dentro do sistema hospitalar brasileiro e, também, da América do Sul, é a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1543 por Braz Cubas (BORBA, 1985). Os cuidados médicos, naquela época, eram baseados em costumes europeus, uma vez que os hospitais eram organizações beneficentes, administradas por entidades religiosas (BITTENCOURT, 1999).

Os hospitais de beneficência têm sua origem na contribuição dos imigrantes que distribuíam, entre si, os custos de construção e manutenção de Casas de Saúde, garantindo, aos membros de suas colônias, o atendimento médico e hospitalar de que precisavam (SIQUEIRA, 1985).

Provavelmente, o modelo assistencial brasileiro, nos primeiros tempos da colonização, foi influenciado pelo Regimento das Capelas e dos Hospitais, da Renascença Portuguesa, que instituiu a Confraria da Misericórdia. A criação das primeiras vilas da colônia era, freqüentemente, acompanhada das Misericórdias e já, no início do Século XVII, quase todas as capitânicas possuíam Casas de Misericórdia (GUIMARÃES apud SIQUEIRA, 1985).

A primeira incursão do Estado na assistência à saúde aconteceu para atender às forças armadas. Já a assistência aos pobres, realizada predominantemente nas Santas Casas, custeadas por entidades filantrópicas, paulatinamente se incorpora à responsabilidade do Estado, que assume os grupos em função de sua posição e importância no processo produtivo (SIQUEIRA, 1985).

Na área hospitalar, os administradores procuram teorias que expliquem e auxiliem a gestão destas organizações, uma vez que as entidades hospitalares sofreram influências diretas da forma de organização do sistema de saúde (MEDICI apud BITTENCOURT, 1999)

Até meados do século XIX adotava-se o modelo assistencialista, com as ações de saúde, sendo financiadas por recursos fiscais e, também, por doações. O modelo passou por alterações, sendo substituído pelo previdencialista, que recebia recursos das contribuições sociais sobre folha de pagamento (BITTENCOURT, 1999)

Os modelos assistencialista e previdencialista se mesclam a partir da segunda metade do século XX, possibilitando um terceiro, universalista, cuja intenção é garantir o acesso de todos à saúde. As organizações de saúde, com e sem fins lucrativos, proliferam, enfrentando a escassez de recursos e a elevação dos custos. Aumentam as preocupações sobre o sistema de gerenciamento, na expectativa de atingir um melhor desempenho, agilidade e diferenciação assistencial (BITTENCOURT, 1999).

Percebe-se que nos dias atuais esta preocupação é um problema geral para as instituições hospitalares, pois a demanda pelo serviço é alta, mas os recursos são escassos.

Segundo Machline (1983, 20)

No século XX, o hospital amplia suas fronteiras, servindo a toda a comunidade. O hospital moderno é uma organização completa; que incorpora o avanço dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações de equipamentos. Ele emprega grande número de profissionais especializados oferecendo serviços com alto grau de especialização. Desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade.

Esta evolução requer um grande desafio para a gerência, pois à medida que os hospitais passam por um processo de modernização, torna-se necessário modernizar as técnicas de administração hospitalar, devido à inovação dos recursos de produção no desenvolvimento tecnológico, embora se tornem escassos, uma vez que a demanda pelo serviço é alta; portanto, precisam ser administrados de forma eficiente.

De acordo com Borba (1985, 49).

O objetivo do hospital moderno deve ser o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças, através de cuidados clínicos, cirúrgicos e especiais que facilitem a reabilitação física, mental e social do paciente. Nenhum hospital pode ser considerado moderno sem contar com uma equipe eficientemente preparada para o cumprimento destes propósitos e objetivos.

Diante desta afirmação, para atender os requisitos de modernidade dos hospitais, é necessário uma equipe especializada, com equipamentos de tecnologia avançada, tudo isso deve estar muito bem estruturado, para atender a alta demanda pelos serviços.

No caminho em busca da teoria organizacional, como forma de entender o processo de reestruturação dos hospitais, procurou-se compreender as teorias que explicam a estrutura organizacional para reformas nos hospitais de ensino no Brasil.

A experiência tem levado a uma reflexão sobre as complexidades das organizações hospitalares.

É notório, no aparelhamento do Estado, no que tange ao setor de saúde, o emprego dos conceitos de burocracia, burocratização ou burocrático, de forma bem consolidada. Nesse sentido, parece oportuno percorrer o caminho do aprendizado teórico da burocracia de Estado, visando a construir futuramente uma matriz conceitual adequada para a investigação da questão político-institucional no setor. Para a busca teórica, verificam-se fontes que tradicionalmente alimentam a discussão, tais como as teses de Hegel, Marx, Lenin, Gramsci e Max Weber, sendo esse último o inspirador das obras referentes à burocracia estatal.

DiMaggio e Powell (1983) citam Weber nas obras “A ética protestante” e “Espírito do capitalismo” para discutir o papel da burocracia como uma eficiente manifestação e processo poderoso de controle de homens e mulheres, controle esse, que, uma vez estabelecido, torna-se irreversível.

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).

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).

Para entender o processo de reestruturação dos HUs, é importante observar a afirmação de Caldas (2008, p.51): “as contradições entre a lógica assistencial e a lógica do ensino e da pesquisa são uma constante, nessas organizações, traduzidas em entrechoques entre autoridades acadêmicas que repercutem ou refletem as disputas pela captação e pela alocação de recursos numa situação de escassez”.

Mintzberg (1992), que, ao tentar analisar como as organizações compreendiam suas estratégias, preocupou-se primeiro em analisar de que forma elas se estruturavam. Esse autor percebe cinco tipos de estruturas:

- i. **estruturas simples** – podem estar presentes em pequenos negócios, apresentam características que ajudam dar respostas rápidas à mudança externa;
- ii. **estruturas burocráticas de produção em massa** - suas características relacionam-se a tarefas simples, repetitivas, grande volumes de normas, as equipes não são muito integradas e o tempo de respostas é mais lento para reagir as mudanças;
- iii. **estrutura burocrática profissional** – este tipo de estrutura é típica em hospitais, devido o poder estar nas mãos dos profissionais-chave. Os profissionais destas organizações possuem grande liberdade de decisão sobre tarefas, por outro lado a área de apoio apresenta liberdade de ação;
- iv. **Estrutura Divisional** – existe grau de liberdade no processo de tomada de decisão, o orçamento é o instrumento de controle. As divisões se comportam de forma alinhada, dependendo do controle da direção central;
- v. **Estrutura adhocrática** – características de flexibilidade e emergente, são organizações temporárias e constituída por inúmeras equipes de projeto reúnem para solucionar problemas específicos, e migram a composição de acordo com o andamento do projeto (MINTZBERG,1992).

As organizações de saúde são na tipologia mintzberguiana, organizações profissionais calcadas em conhecimento, portanto, o trabalho exige qualificação de alto nível e tem especificidades: o mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações; o saber e as habilidades são formalizados por meio do processo de formação; as normas são definidas pelas associações de profissionais; e devido à complexidade e à variabilidade do seu trabalho, os profissionais têm alta liberdade nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços.

Como consequência, os papéis da tecno-estrutura, dos gerentes e dos centros de decisões, nessas organizações profissionais, são limitados. Os profissionais precisam de serviços de apoio, mas podem produzir independentemente dos outros componentes da organização. O ambiente dessas organizações é complexo, com tendências para a estabilidade.

A autonomia relativa dos profissionais segmenta a organização em distintos grupos de interesses corporativos, o que dificulta a integralidade e o trabalho multiprofissional.

Nas organizações profissionais, há dificuldades para a formalização e o controle dos processos de trabalho e, por isso, a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de qualidade.

Nas organizações profissionais da saúde, agregam-se outras especificidades: há um grande desequilíbrio de informação entre os profissionais e os usuários dos serviços; é difícil medir os resultados dos serviços de saúde; a preocupação com a conduta ética e moral deve estar sempre presente na prestação dos serviços de saúde; e os profissionais tendem a ser mais leais às suas corporações que à sua organização (DUSSAULT, 1992).

Como resultado da singularidade organizacional dos serviços de saúde, suas instituições, especialmente as públicas, apresentam uma série de características, conforme relata Shimazaki (2005): não respondem aos mecanismos de coordenação autoritários ou excessivamente centralizados; devem ser organizações flexíveis e adaptáveis às mudanças externas; a autonomia dos profissionais deve ser submetida a algum de tipo de controle; mas também a autonomia dos profissionais é uma condição necessária para a oferta de serviços de qualidade; a participação da população usuária nas decisões é desejável; os profissionais devem trabalhar por responsabilidade.

Caldas e Malik (2008) alertam para a complexidade da organização hospitalar, isto relacionado a concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos. Neste sentido, as autoras reforçam o grande interesse dos pesquisadores, em estudar estas organizações. Vecina Neto e Malik (1993) apud Caldas 1998, ao estudar as características dos dirigentes hospitalares, apontam como característica a “desprofissionalização”, a dupla militância, isto se dá pelo fato do profissional atuar tanto no setor público e privado de forma concomitante, desta forma prejudica o comprometimento com a coisa pública. Estes autores afirmam que o quadro avaliado em 1993, ainda parece estar presente.

Neste contexto, os hospitais de ensino por apresentarem uma tripla missão: ensino, pesquisa e assistência, são características organizacionais, que na inferência de Carapineiro (1993), Caldas e Malik (2008) as contradições entre a lógica de ensino, pesquisa e assistência, gera conflitos, na captação e alocação de recursos, estes cada vez mais escassos. Na percepção destes autores estes conflitos, são gerados, pela autoridade administrativa versus acadêmica.

Caldas e Malik (2008), ao estudar o papel do dirigente hospitalar, aponta 5 carreiras existentes dentro dos HU: assistencial, docente de pesquisa, gerencial e administrativa. As autoras, ao partirem do pressuposto que o docente atua em 3 eixos (assistência, docência e pesquisa), avalia as habilidades e competências que cada eixo exige. Na interpretação das autoras o docente deve exigir habilidades interpessoais para assistência, docência e por outro lado a concentração para pesquisa. Mintzberg (1997), Caldas e Malik (2008), ao analisar os fenômenos que ocorrem nos hospitais de ensino, especificamente tratando desta tripla missão, que é específica destas organizações, afirmam que “Assistência e pesquisa podem requerer não apenas habilidades distintas, mas também personalidades bastante diferentes.” Nestes hospitais os médicos além de desempenhar estas três funções, ainda exercem papel de administração.

Na pesquisa de Caldas e Malik (2008), grandes contribuições, serão importantes para a tese que se pretende desenvolver, quero destacar alguns resultados que pude observar na pesquisa. Inicialmente uma grande contribuição foi revelada é de que o cargo de diretor é ocupado naquela data em que a pesquisa foi aplicada em 45 HU's vinculados as Instituições Federais de Ensino (IFES) por 73% docentes médicos, outras informações relevantes servem como ponto de partida: a capacidade de adequação da estrutura organizacional, divulgação de informações, capacidade de alocação de recursos, atividades concomitantes à função

gerencial. Outro fato de grande contribuição é de que os cargos de direção destas organizações em sua maioria são nomeados através de indicação do superior imediato, ou seja, o Reitor das IFES, cabendo ao Diretor Geral destas organizações, fazer a composição de membros estratégicos da equipe.

Após apresentar, de forma sintética, uma revisão conceitual dos hospitais, estrutura organizacional e características, procedeu-se um levantamento das pesquisas realizadas por diversos autores, que realizaram pesquisas relacionadas a hospitais, foram pontuados itens como: tipo de estudo (tese ou dissertação); ano e local de produção Universidade e Curso de pós-graduação envolvidos; título da investigação; autoria, objetivos; e a abordagem utilizada para discutir ou expor as questões hospitalares. Grande parte dos trabalhos pesquisados, verificou-se que os objetivos estão relacionados à cultura organizacional, porém grandes descobertas, são reveladas em termos de estrutura e funcionamento.

Id.	Ano	Local	Título do Trabalho	Autor	Objetivo (s)	Abordagem Teórica
DIS	2002	UNICAMP Pós Grad. da Faculdade de Ciências Médicas da Univ. Estadual de Campinas.	Démarche Stratégique (Gestão Estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede.	ARTMANN, E.	Discutir o enfoque francês de gestão estratégica e definição hospitalar “la Démarche Stratégique” de Michel Cremadez, suas potencialidades, limites e desafios, considerando o contexto de saúde brasileiro. Em relação à cultura... Refletir sobre a mudança cultural organizacional e a possível contribuição deste enfoque de gestão que se propõe a reforçar a necessidade de mudanças nas estruturas mentais ou na cultura de uma organização hospitalar, de modo a buscar atingir uma maior eficácia social e uma maior racionalidade gerencial, apoiando-se na busca da solidariedade em rede.	Thevenet, Crozier, Geertz, Schein, Habermas.
Dis	2003	FGV – Esc. Brasileira de	Importância da cultura	SALGADO, S.P.V.	Analisar e descrever a importância das	Geertz, Morgan,

		Adminis. Pública e de Empresas Curso de Mestrado em Administração Pública	organizacional como fatores determinantes na eficácia do pessoal de enfermagem do HU Antonio Pedro.		características culturais como fatores determinantes na eficácia da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Antonio Pedro.	Schein.
TES	2004	EEUFRJ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Doutorado em Enfermagem	O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas	PROCHNOW, A.G.	Efetivar a compreensão da cultura no exercício da gerência do enfermeiro, no espaço hospitalar, para perceber quais as influências da cultura nos diferentes aspectos da vida humana.	Geertz.
DIS	2006	UNICAMP Pós-Graduação em Engenharia Mecânica Mestrado Profis. em Engenharia Mecânica Gestão da Qualid. Total	Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP.	LIMA, M.B.B.P.B.	Retratar como a Gestão da Qualidade e o método de Redesenho de Processos pode ser uma estratégia para o Desenvolvimento Organizacional nos Hospitais Públicos Universitários, através do relato da experiência no Hospital de Clínicas da UNICAMP.	Schein; Ferro; Peters&Waterman; Kotter & Heskett; Donabedian
TES	2008	UFSC Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Doutorado em Enfermagem	As Perspectivas de um retrato da cultura organizacional de Hospitais Públicos Brasileiros: Uma tradução, Uma bricolagem	VAGHETTI, H. H.	Traduzir e interpretar os significados acerca de aspectos hospitalares encontrados em estudos empíricos, que continham a temática cultura organizacional dos hospitais e compor um retrato da cultura destes hospitais, na forma de bricolagem.	Geertz
DIS	2008	EAESP-FGV Mestrado em Administração de Empresas.	O PAPEL DO DIRIGENTE HOSPITALAR: A percepção de diretores de hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior.	CALDAS, B. N.	Identificar a percepção dos profissionais que ocupam cargos de direção, nos hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, no segundo semestre de 2007, acerca de um	Mintzberg

					conjunto de papéis e responsabilidades gerenciais.	
--	--	--	--	--	--	--

Quadro 1 – Listagem de Trabalhos Empíricos que relacionam a Hospitais
Fonte: Elaborado pelo autor

3. METODOLOGIA

Para se assegurar que a análise dos dados obtidos empiricamente possa contemplar os diferentes elementos que envolvem a totalidade do objeto de investigação, os procedimentos metodológicos seguem os pressupostos da pesquisa exploratória e qualitativa, tendo como referência as contribuições de Bogdan e Biklen (1994) que falam das principais características desta modalidade de pesquisa. Para os autores, numa pesquisa qualitativa, o ambiente natural é a fonte direta dos dados e o pesquisador é o agente principal.

Os investigadores qualitativos freqüentam os locais de estudo porque se preocupam com o contexto. Entendem que as ações podem ser compreendidas de melhor forma quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência. Os locais têm de ser entendidos no contexto da história das instituições a que pertencem. Quando os dados em causa são produzidos por sujeitos, como no caso de registros oficiais, os investigadores querem saber como e em que circunstâncias é que eles foram elaborados. Quais as circunstâncias históricas e movimentos de que fazem parte? Para o investigador qualitativo divorciar o ato, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 48).

Nesta perspectiva, é possível examinar as causas da existência do problema, suas relações, num quadro amplo do sujeito como ser social e histórico, tratando de explicar e compreender o desenvolvimento da vida humana e de seus diferentes significados no devir dos diversos meios culturais.

A técnica ou o delineamento da pesquisa será o estudo de caso, caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

Estudos realizados em uma ou poucas empresas, quando se procura responder como e por que determinada situação ocorre, são as situações mais típicas em que se utilizam os estudos de caso nas ciências gerenciais.

3.2 APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise será o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia por ser, um hospital de grande porte e que presta serviços de média e alta complexidade.

Foi escolhido como objeto de estudo para esta pesquisa considerando a experiência do pesquisador de oito anos de trabalho no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia onde pode vivenciar os problemas do atual modelo de financiamento dos hospitais universitários brasileiros.

Este processo de levantamento bibliográfico, contempla ao longo do estudo uma pesquisa nos documentos oficiais e não-oficiais: leis, decretos, portarias, medidas provisórias, resoluções, regulamentos, normas, pareceres, cartas, declarações, memorandos, comunicados, boletins informativos e relatórios.

Selecionados os documentos, será realizada a análise do conteúdo propriamente dito, dos textos escritos, com o intuito de afirmar a historicidade do objeto de pesquisa como também refletir sobre as relações estabelecidas no contexto sócio-político e econômico.

Vala (1986) entende a análise de conteúdo como uma técnica de tratamento de informação que tem sido muito utilizada na investigação empírica, realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais, pois, para ele, esta técnica exige a maior explicitação de todos os procedimentos utilizados e permite inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objeto de análise.

Considerando os objetivos lançados, esta pesquisa contempla as seguintes variáveis: ensino, pesquisa e assistência, na nova estrutura que será implementada no hospital pesquisado.

Quanto às dimensões da pesquisa, serão avaliados: grau de centralização/descentralização administrativa, forma de participação dos níveis hierárquicos nas decisões, grau de autonomia e responsabilidade dos gestores intermediários e processo de geração e disseminação de informações e processo de comunicação.

O procedimento de análise dos dados numa pesquisa qualitativa, conforme Bogdan e Biklen (1994), envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada. Este processo envolve também uma análise intuitiva e interpretativa do fenômeno, pois o pesquisador qualitativo preocupa-se com o processo e não simplesmente com o resultado do produto, sendo o significado a preocupação essencial do pesquisador que deve ir além de uma visão relativamente simples, superficial, estética. Os materiais registrados mecanicamente devem ser revistos na sua totalidade e o entendimento que o pesquisador tem deles é o instrumento-chave de análise.

4. O MOVIMENTO REHUF PRIMEIROS ENSAIOS

Em 27 de janeiro de 2010, o governo brasileiro Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais, através do decreto 7082.

Este decreto tornou-se obrigatório para que os 46 Hospitais Universitários Federais de Ensino mude toda a sua estrutura de gestão. O hospital de Uberlândia (MG), apresenta-se como hospital de grande Porte com mais de 500 leitos, e já é possível apresentar algumas ações no processo de gestão. Após a criação de uma Comissão interna, está sendo modificado o regimento interno, terceirização de atividades de apoio, um grande esforço para identificar os custos e propostas para um processo de governança.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este trabalho levará a uma evolução nos padrões de pensamento e no comportamento dos profissionais da saúde pública no Brasil, fazendo com que o mesmo introduza novos conceitos e abordagens em seu trabalho no decorrer do processo. Essa movimentação dinamiza e vitaliza um problema relevante no Brasil, demanda crescente nos gastos e pouca oferta de recursos. Enquanto pesquisador e participante do processo de mudanças, espera-se que grandes contribuições teóricas possam levar uma maneira ótima de gerir estas organizações. Este primeiro ensaio, é de caráter informativo e relevante, e espera-

se trazer contribuições para a sociedade e para o futuro profissional dos profissionais da gestão de saúde.

Assim, essa pesquisa está em andamento e as descobertas serão inquietações para futuros trabalhos de pesquisadores da área da saúde. A primeira observação do pesquisador fundamenta-se em Mintzberg (1992), que ao caracterizar organizações enquanto estruturas, verifica-se que o modelo organizacional, está sendo modificado, abandonando uma estrutura profissional burocrática profissional para a estrutura adhocrática, ou seja uma profissionalização nos processos e na gestão. A grande contribuição espera-se no processo de governança que está sendo discutido e quando implementado, trará grandes contribuições para a área tão complexa que é a saúde.

REFERÊNCIAS

AGECOM. **Agência de Comunicação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**. Disponível em: <<http://www.agecom.ufsc.br/index.php?secao=arq&id=6540>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

ANDIFES. **Comissão de Hospitais Universitários. Relatório Preliminar**. Brasília, agosto e setembro de 2008. ANDIFES.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos**. Brasília, Editora MS, 2002.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2009.

_____. **Portaria Interministerial n. 1000/MEC/MS, de 15 de abril de 2004**. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 set. 2009a.

_____. **Portaria Interministerial n. 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 set. 2009b.

_____. **Portaria Interministerial n. 1702/MEC/MS, de 15 de abril de 2004**. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 set. 2009c.

_____. **Portaria Interministerial n. 7082** Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. DOU de 27.1.2010.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto, 1994.

BORBA, Waldir Ribeiro. **Administração Hospitalar Princípios Básico.** São Paulo: CEDAS, 1985.

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior.** 2008. Dissertação de Mestrado em Administração. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

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

CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. **Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro.** Éditions École Nationale de la Santé publique. Versão brasileira, 1995.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul/set., 1997.

_____. A modernização gerencial dos hospitais públicos. O difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 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.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. The Iron Cage Revisited: Institucional Isoformismo and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review.** 48, 1983.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

MACHLINE, Claude *et. al.* **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** Coordenador Ernesto L. Gonçalves. São Paulo: Pioneira, 1983.

MAUDONNET, Renato. **Administração Hospitalar.** Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1988.

MARTINS, Vidigal Fernandes. **Desenvolvimento de modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas**

aos serviços. Florianópolis, 2002. 117p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2002.

MALIK, A. M; PENA, F. P. M. **Administração estratégica em hospitais.** São Paulo: FGV/EAESP – NPP relatório 21/2003.

McKEE, M. & HEALY, J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors). **Hospitals in a changing Europe.** Buckingham, Open University Press, 2002.

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

MINTZBERG, Henry. **Structure in fives: Designing effective organizations** Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc. (1993). vii, 312 p.

SHIMAZAKI, M. E. **Gestão da Clínica. Guia de Estudo.** Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. **Organização dos serviços de saúde: trajetória de pacientes e metas operacionais em hospitais.** São Paulo, 1985. (Tese de Doutorado em Administração. Faculdade de Economia e Administração/USP)

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (ANDES-SN) – **Notícias.** Disponível <<http://www.andes.org.br> > Acesso em: 21 setembro. 2009.

UNB **Agência.** Disponível em <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/cpmod.php>>. Acesso em: 10/12/ 2009.

VAGHETTI, Helena Heidtmann. **As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem.** 2008. 241 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008

XX CONFASUBRA. **Caderno de Teses.** Poços de Caldas-MG, 10 a 16 de maio de 2009.