

MUDANÇA DE OBJETIVOS: O CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Moema Miranda de Siqueira*

SÍNTESE

O trabalho analisa a experiência de reestruturação vivida pelo Hospital das Clínicas da UFMG a partir da segunda metade da década de 70. Procura mostrar que o processo envolveu mudanças de objetivos, alterando a estrutura de poder e permitindo novas articulações em busca da obtenção de recursos estratégicos, redefinidos na situação emergente. Levanta a hipótese de que, em hospitais, assim como foi demonstrado para universidades, a estrutura administrativa pode ter um papel mais ligado à legitimação que propriamente ao atendimento das metas. E sugere novos estudos nesta linha.

APRESENTAÇÃO

No momento em que se discute em todo o País o papel dos hospitais na rede de serviços de saúde, parece oportuna uma análise retrospectiva do processo de reformulação pelo qual passou o Hospital das Clínicas da UFMG, a partir de 1976.

Seu relato crítico neste momento poderá constituir subsídio, ainda que modesto, à avaliação da continuidade do processo de mudança. Representa a tentativa de se averiguar a influência de variáveis ambientais no escopo e nas características do processo. Exige, para uma análise nos moldes pretendidos, considerar-se inicialmente a organização Hospital das Clínicas da UFMG numa perspectiva sociológica, usando-se complementarmente sua história como subsídio comparativo dos objetivos, da tecnologia e das mudanças estruturais.

Não se trata, porém, de se aceitar nem o determinismo tecnológico, expresso nos trabalhos de Woodward (1965) e de seus seguidores, para os quais a tecnologia é o determinante máximo da estrutura organizacional, e nem a tautologia do esquema contingencial, que presume metas claramente definidas, consistentes e coerentes com o ambiente, tendentes a promover ações que incrementam a eficiência das organizações (Perrow, 1965; Child, 1972). Os esforços teóricos que apresentam as organizações como coalisões de interesses e mesmo de poder (Cyert & March, 1963 e 1966) parecem mais ricos para os objetivos propostos, assim como aqueles que discutem o papel da estrutura em alguns tipos de organizações, onde expressam mais ritos e cerimônias, importantes à legitimação organizacional, do que arranjos voltados ao eficaz atendimento das metas (Meyer & Rowan, 1975).

Especificamente em relação às alterações de poder, a análise da capacidade dos diferentes grupos em adquirir recursos ambientais escassos e valiosos (Salancik & Pfeffer,

1974) e a teoria das “contingências estratégicas” (Hickson et alii, 1971) são importantes.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O Hospital das Clínicas da UFMG tem sua origem em um grupo de pequenas unidades hospitalares, gerais e especializadas, que foram surgindo através dos tempos em torno da Faculdade de Medicina, por iniciativa dos professores mais ilustres, como apoio ao ensino em seus moldes tradicionais.

Coerente com o modelo de hospital de ensino, então em vigor, sua clientela era constituída essencialmente de indigentes, categoria definida no sistema estratificado de atenção à saúde como utilizável para o ensino em troca de benefício assistencial. Os casos eram escolhidos em função das necessidades do ensino e as patologias, preferidas as mais raras, eram tratadas em regime de hospitalização de longa permanência. O modelo organizativo do Hospital reproduzia aquele da Faculdade de Medicina, no qual a cátedra representava a unidade básica conformadora das relações de tipo tradicional, controlando o catedrático todas as atividades de ensino e pesquisa de um grupo de disciplinas.

MUDANÇAS NO AMBIENTE

Os objetivos das organizações, como mostra Perrow (1970), são produtos de várias influências, algumas duradouras e outras transitórias: história da organização, ambiente da comunidade, normas e valores de outras organizações com as quais entra em contato, ambiente cultural.

A Reforma Universitária de 1968, alterando os objetivos e a estrutura da Universidade, afetaria o papel institucional e real dos hospitais de ensino.

Pioneiramente, a UFMG reformulou todo o currículo do curso médico, esperando como seu produto um generalista, capaz de atender a 90% da demanda de saúde constituída essencialmente de casos de cuidado primário e

* Mestre em Administração pelo Departamento de Ciências Administrativas da UFMG. Cursos diversos de extensão no País e no exterior.

secundário. Neste novo quadro, o modelo vigente de hospital de ensino já não respondia às expectativas emergentes.

De outro lado, o discurso institucional da saúde passou a desenvolver temas como o da regionalização dos serviços de saúde, definindo para os hospitais de ensino o papel de unidade de base ou de referência de um sistema hierarquizado, capacitado para assistir os casos mais complexos, impossíveis de serem atendidos a nível local ou regional, exigindo exames complementares e terapêuticas mais sofisticadas. A expansão de cobertura, significava a incorporação de novos grupos à Previdência Social e a ampliação do atendimento com aumento de desconcentração da rede física dos serviços de saúde.

A partir daí, a sua função primordial de hospital de ensino passou a ser vista como uma prestação de assistência à saúde, decorrendo da excelência dessa assistência o bom ensino profissional.

Isto representava uma mudança radical no papel e na posição do hospital de ensino, tanto no aparelho formador de recursos humanos para a saúde quanto no aparelho prestador de serviços. E a hierarquia de seus objetivos teve de ser revista.

NOVOS OBJETIVOS E TECNOLOGIA

De acordo com o Artigo 2º do Regulamento do Hospital das Clínicas da UFMG, o objetivo do Hospital passou a ser: “prestar serviços de atenção médica, integrando-se ao sistema institucional de saúde da comunidade e servindo ao ensino e à pesquisa das unidades universitárias da área de saúde e às demais atividades de treinamento em técnicas hospitalares” (UFMG, 1976).

Este deixa de ser uma unidade exclusiva da Faculdade de Medicina para se tornar um órgão individualizado na estrutura da Universidade.

A garantia de representatividade das diferentes unidades que utilizam ou vieram a utilizar o Hospital para o ensino, incluindo necessariamente aquelas que integram oficialmente o campus da saúde, foi dada pela composição do Conselho Administrativo (Artigo 7º do Regulamento).

No entanto, desde então se nota o cuidado em resguardar a liderança tradicional da Faculdade de Medicina, já que, pelo regulamento, “O Presidente do Conselho será o Diretor da Faculdade de Medicina, cabendo-lhe voto de qualidade”. (UFMG, 1976).

Explicitando a tecnologia adequada aos objetivos, encontram-se, entre os princípios e diretrizes de sua política hospitalar:

Integração técnica da prestação de serviços mediante conjugação de ações de promoção, de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde, visando a elevar a qualidade e reduzir os custos operacionais;

Integração aos serviços de saúde da comunidade, sugerindo-se sua articulação local e regional, a fim de evitar a duplicação desnecessária de serviços e elevar o grau da utilização de seus recursos;

Cuidado progressivo dos pacientes para a programação funcional, visando elevar a qualidade dos serviços, obter utilização mais eficiente dos recursos e diversificar as

oportunidades docentes nas enfermarias, nos consultórios externos e no domicílio;

Representatividade da clientela, significando a diversificação de pacientes no que concerne às enfermidades e às categorias sócio-econômicas;

Rotatividade acelerada dos leitos, sem prejuízo da qualidade dos serviços, para permitir elevar o grau de rendimento e promover maior variedade de casos no Hospital (Artigo 4º).

NOVA ESTRUTURA DE PÓDER

Na prática, os objetivos são freqüentemente estabelecidos num complicado jogo de poder, que inclui diversos indivíduos e grupos, dentro e fora da organização, através de referência a valores que dirigem o comportamento específico dos indivíduos e grupos dominantes na sociedade.

Além disso, os objetivos tornam-se parte integrante das organizações, dificultando as mudanças. Os indivíduos de todos os níveis constroem sua vida profissional em torno da realidade desses objetivos, enquanto as relações de dominação estão mascaradas pela ideologia. Portanto, as resistências às mudanças são naturais e a teoria do comportamento de objetivos organizacionais (Cyert & March, 1966) pode auxiliar bastante o entendimento do que ocorreu no Hospital das Clínicas da UFMG no período analisado.

Os estudos sugerem que os diferentes grupos existentes dentro da organização (chefes X subordinados, professores X alunos, especialistas X generalistas, médicos X pacientes) fazem um acordo de coalisão visando os objetivos organizacionais, mediante a negociação de vantagens colaterais (“side payments”). No entanto, os objetivos gerais são bastante vagos e, por baixo deles, persiste considerável desacordo e incerteza em relação aos subobjetivos.

Fixados os novos objetivos institucionais do Hospital das Clínicas da UFMG, deparou-se, de imediato, com o problema complexo de tornar compatíveis, na prática, os objetivos de assistência, ensino e pesquisa.

Se, por princípio, a instituição passou a ser uma unidade primordialmente prestadora de atenção médica e o ensino de boa qualidade resultaria, como subproduto, da boa assistência, isto implicava na superação da estrutura por categorias profissionais, de rígida hierarquização intra e intergrupar, em benefício da formação de equipes interdisciplinares que permitissem mais facilmente o atendimento a seus objetivos.

O estudo de Crozier (1963), realizado em duas agências governamentais francesas, parece muito esclarecedor para a análise do que ocorreu no Hospital das Clínicas. As organizações estudadas apresentavam uma estrutura de poder composta de grupos ocupacionais muito fechados, cada qual com relações bastante hostis com os demais. Naturalmente, numa situação conflituosa, assim estratificada, a diferenciação por pequenos grupos no interior dos estratos ocupacionais foi muito difícil.

Embora tradicionalmente o médico tenha usado desse poder, ao ser institucionalizada essa posição, em uma situação de mudança, converteu-se em fonte contínua de conflito com os demais grupos profissionais (enfermeiras,

assistentes sociais, nutricionistas), principalmente o de enfermagem, que no esquema anterior possuía uma estrutura paralela de autoridade (chefe de enfermagem, enfermeira chefe de clínica, enfermeira responsável por unidade etc.), quebrada pelo modelo regimental.

Como mecanismo de defesa, a Escola de Enfermagem conseguiu fazer aprovar uma Coordenação de Assistência de Enfermagem do Hospital das Clínicas - CAEN, uma nova estrutura de poder que, de fato, interpôs-se à estrutura formal estabelecida pelo modelo. O pessoal docente da Escola de Enfermagem conseguiu certa autonomia na designação, lotação, coordenação e controle de todo o grupo de enfermagem. Não foram poucos os conflitos que, em diversos momentos, tiveram sua origem nessa quebra de hierarquias cristalizadas.

Além do mais, como já foi identificado por Thompson (1965) em organizações inovadoras, entre as quais a universidade tradicionalmente é incluída, e por Bennis (1966) em hospitais e universidades americanas, nas organizações com número significativo de especialistas, a lealdade é muito maior ao grupo profissional que ao cargo ocupado e à posição organizacional dos profissionais. Estes tendem a se identificar mais com os grandes objetivos de sua profissão que com as demandas organizacionais mais imediatas.

De outra perspectiva, mais exógena, estas alterações podem ser vistas como a tentativa de se manter a posição do Hospital das Clínicas da UFMG no ambiente. Isso significaria uma estratégia de sobrevivência e, portanto, uma

preocupação com a eficiência, no conceito de autores modernos. Ao lado dos objetivos finais, mais amplos e abstratos, as organizações aprendem, em contato com o ambiente, a perseguir metas realistas, adequadas às restrições conjunturais. Estabelecem, então, estratégias para aumentarem ou consolidarem seu poder de barganha no ambiente, através de sua capacidade de explorá-lo, adquirindo recursos escassos e valiosos (Yuchtman & Seashore, 1967).

Tal análise ajuda o entendimento da alocação organizacional de poder, ao identificar aqueles grupos ou unidades que apresentam maiores vantagens comparativas na aquisição de recursos escassos e valiosos (Salancik & Pfeffer, 1974).

A nova ambiência dos hospitais universitários condicionou a alteração no valor dos recursos estratégicos.

No esquema tradicional, constituía recurso escasso o prestígio e renome pessoal do antigo catedrático, que controlava todas as atividades de ensino e pesquisa de um grupo de disciplinas e garantia a demanda dos casos raros e bastante especializados, reforçadores de sua capacidade. Agora, como organizações burocráticas modernas que são, os hospitais universitários competem entre si por recursos ambientais em vários mercados, evitando a dependência a setores específicos (Thompson & McEwen, 1958).

A Tabela e o Gráfico n^os 1, a seguir, deixam perceber a mudança na clientela ocorrida no Hospital das Clínicas entre 1975 e 1981.

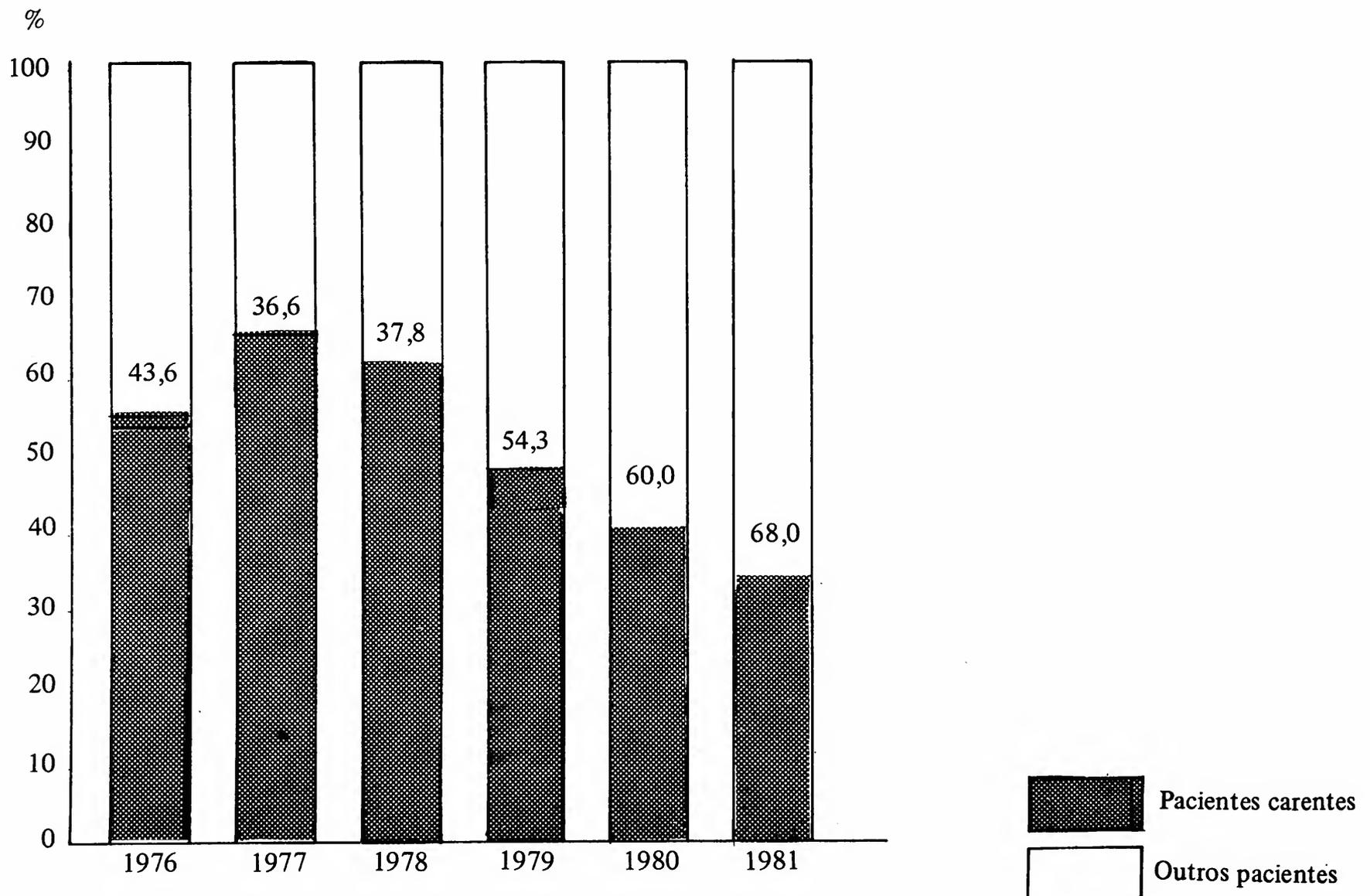


GRÁFICO 1 – Evolução do Número de Pacientes Carentes e Outros Tipos Internados no Hospital das Clínicas da UFMG, Entre 1976 e 1981.

TABELA 1 – Hospital das Clínicas da UFMG. Distribuição Percentual das Internações por Categorias, no Período de 1975 à 1981.

Anos	Categorias	Carente %	Particular %	PREVIDENCIÁRIO			Outros Convênios %
				Urbano %	Rural %	INAMPS %	
1975		56,2	14,0	21,9	5,6	27,5	3,8
1976		54,4	13,7	21,6	5,3	26,9	2,8
1977		63,4	13,4	14,8	5,6	20,4	2,7
1978		62,2	13,0	13,7	9,3	23,0	0,8
1979		55,7	12,2	18,3	11,4	29,7	2,3
1980		40,0	11,0	30,8	14,3	45,1	3,9
1981		32,0	9,5	40,0	13,7	53,7	4,8

FONTE: Assessoria de Planejamento do HC.

Os convênios e contratos de prestação de serviço passaram a representar valores mais significativos, assim como os financiamentos para construção e reequipamento do Hospital e as alternativas para contratação de pessoal auxiliar, mediante padrões universalistas e não mais de ligações pessoais, adequando-os à demanda ampliada e diversificada.

Tais áreas passaram a ser cruciais para a sobrevivência do Hospital, sendo fontes fundamentais de incerteza, o que determinava a relevância para a mediação com setores do

ambiente que forneciam os necessários recursos. As pessoas e grupos com maiores possibilidades de obter ou facilitar a obtenção desses recursos, mediante o acesso ao mercado ambiental, político e econômico (MEC, MPAS, MS, FUNDEP, Reitoria etc.) passaram a deter maior poder estratégico.

O Gráfico nº 2 reflete esta tendência, ao visualizar a evolução da receita do Hospital, proveniente do INAMPS, entre 1976 e 1981.

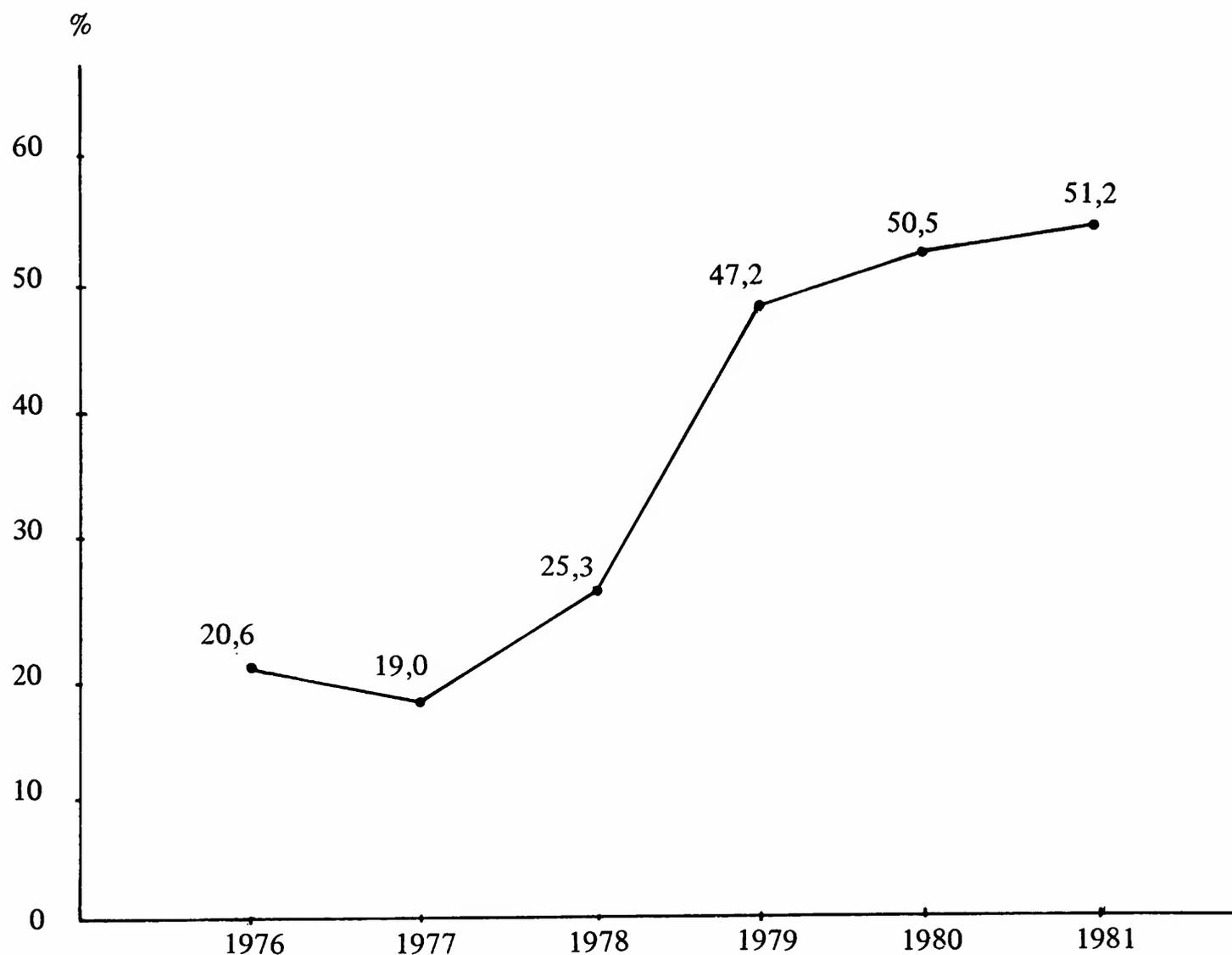


GRÁFICO 2 – Evolução da Receita do Hospital das Clínicas da UFMG, Proveniente do INAMPS, Entre 1976 e 1981.

Gráfico elaborado a partir de dados fornecidos pela Assessoria do Hospital das Clínicas da UFMG.

Paralelamente, a estrutura organizacional adotada, baseando-se na intensidade de cuidados exigidos pelo paciente, sem distinção de especialidades médicas, pretendeu quebrar toda uma ordem historicamente institucionalizada.

Reforçou esta mudança a ênfase que foi dada ao Ambulatório, como unidade do Hospital dinâmica por excelência e capaz de atender e resolver 90% dos casos, com base em estudos técnicos que comprovam o máximo de 10% da demanda de saúde necessitando de hospitalização. Assim, o Ambulatório deveria concentrar a maior parte dos recursos humanos, inclusive docentes, voltados para o atendimento de casos de cuidado primário e secundário, dispensando, quase sempre, o especialista.

Os dados da Tabela nº 2 confirmam o crescimento do atendimento ambulatorial no período analisado no presente trabalho.

TABELA 2 – Hospital das Clínicas da UFMG. Atendimento Ambulatorial Realizado no Período de 1975 à 1981.

Anos	Consultas Ambulatoriais
1975	89984
1976	71945
1978	115947
1980	116247
1981	145805

FONTE: Assessoria de Planejamento do HC.

Além disso, a internação ficando destinada essencialmente a pacientes agudos-graves, com risco de vida ou que exijam cuidados hospitalares contínuos, alterou substancialmente o poder de manipulação por parte dos professores na utilização de leitos, recurso interno bastante estratégico e fonte de poder. As patologias raras e os indigentes com os quadros anteriormente mencionados, não tinham mais o mesmo valor como mercado externo a ser conquistado.

Paralelamente, os pacientes convalescentes e crônicos, necessitando de cuidados mínimos, deveriam ser atendidos de preferência em ambulatórios ou em seu próprio domicílio, só se justificando sua internação quando fortes razões de ordem social assim o exigissem, em unidades equipadas apenas àquelas necessidades. Até então, grande parte dos pacientes era constituída de casos crônicos, com longa permanência no hospital, o que de certa forma facilitava o ensino.

Esta situação também se alterou em virtude do novo modelo docente-assistencial.

A Tabela nº 3 apresenta os dados de média de permanência entre 1976 e 1981, atestando a sua progressiva redução.

TABELA 3 – Hospital das Clínicas da UFMG. Média de Permanência no Hospital das Clínicas no Período de 1975 à 1981.

Anos	Permanência Média
1975	14,5
1976	13,4
1978	14,8
1980	10,7
1981	9,1

FONTE: Assessoria de Planejamento do HC/UFMG.

Com isto, apesar do número de leitos do conjunto hospitalar conhecido como Hospital das Clínicas ter caído de 583 em 1975 para 383 em 1981, o número de altas elevou-se de 9778 para 10719 no mesmo período, o que significa um aumento do coeficiente de rendimento do leito de 17,5 para 28,8.

O grande espaço de barbanha que restou, aliás mantido no Regulamento como estratégia de negociação para se conseguir a sua aprovação nos órgãos de deliberação superior, seriam os “serviços especiais”, passíveis de serem organizados sempre que suas atividades impuserem e justificarem o uso de equipamento e instalações específicos, operados por recurso humano especializado. Abria-se então a possibilidade de manutenção dos grupos de especialistas.

Até o fim de 1981, o número de serviços especiais aprovados atingia a 14, incluindo especialidades e até subespecialidades médicas.

No entanto, a Tabela nº 4 deixa perceber que, de certa forma e a um determinado nível, a norma foi eficiente, pois o número de laboratórios, de serviços de radiologia e de centros cirúrgicos caiu no período analisado.

TABELA 4 – Hospital das Clínicas da UFMG. Serviços Auxiliares Existentes em 1975 e 1981.

Setores	Anos	
	1975 Número	1981 Número
Laboratórios	8	1
Serviços de Radiologia	3	1
Centros Cirúrgicos	9	2
S.N.D.	4	1

FONTE: Assessoria de Planejamento do HC.

NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO

Novos objetivos deveriam condicionar, a curto prazo, modificações na organização administrativa do Hospital (Perrow, 1965).

O sistema de cuidado progressivo do paciente foi considerado como o mais eficiente para o atendimento integral à saúde, à medida que coloca à disposição dos doentes todos os recursos necessários a seu estado.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde – OPS, o sistema de cuidado progressivo do paciente pode

ser visualizado, de maneira simplificada, no esquema a seguir, que combina grau de cuidado com a classificação dos pacientes e alocação dos serviços respectivos.

Grau de Cuidado	Classificação de Pacientes	Alocação dos Serviços
Intensivo	Para pacientes agudos-graves	Unidade de cuidado intensivo – serviço de ressuscitamento – serviços de urgência com procedimento de maior emergência.
Intermediário	Para pacientes agudos menos graves	Unidade para hospitalização de pacientes agudos – serviço de recuperação.
Mínimo	Para pacientes fisicamente auto-suficientes ou parcialmente incapazes, que requeriam cuidados mínimos	Unidade para hospitalização de longa permanência – consultório externo – atenção domiciliar.

FONTE: Organização Panamericana da Saúde, citado em SONIS et alii (1978).

Em termos operacionais, o modelo envolveu:

- institucionalização de uma unidade de comando do conjunto hospitalar, na figura de um Diretor, professor da Escola de Medicina;
- centralização, na figura do Superintendente, do controle e supervisão de todas as atividades/meio do conjunto hospitalar;
- constituição de um Conselho Administrativo, presidido pelo Diretor da Faculdade de Medicina, com poder deliberativo sobre toda a política assistencial e sobre as decisões a ela atinentes;
- constituição de um Conselho Técnico-Científico, incumbido de coordenar as atividades de ensino e pesquisa a serem desenvolvidas no Hospital, tornando-as compatíveis com seu programa assistencial e suas normas administrativas.

A existência dos conselhos poderia refletir a constatação de alguns autores de que a organização universitária é normalmente mais colegiada e menos autocrática que outros tipos de organização, sendo a autoridade exercida de preferência através dos comitês colegiados, antes que através da hierarquia central (Thompson, 1967). Contudo, estudos posteriores indicaram que muitas vezes as universidades, com seus órgãos colegiados, podem ser mais hierarquizadas do que parecem, em virtude da estruturação rígida dos grupos, com divisão de trabalho profissional (Perrow, 1979). Uma pesquisa recente, realizada na UFMG, constatou ainda que os critérios burocráticos mostraram-se mais adequados que o padrão colegiado para a distribuição de autoridade no Instituto Central de Ciências Biológicas – ICB, tendo definido a alocação de poder entre subunidades e a emergência de uma elite organizacional que controla as principais fontes de influência do centro político (Paixão, 1980).

De certa forma, parece ter se repetido a ocorrência no Hospital das Clínicas, à medida que a fragilidade do poder decisório do modelo tradicional, atomizado pelos catedráticos, foi substituída pela centralização do poder nas mãos do Diretor do Hospital. Mesmo as comissões são dependentes de sua autoridade. Elas e outras adaptações, frutos de discussões e reivindicações internas, correspondem aos meios identificados por outros autores como determinantes das coalizões. As comissões profissionais, da mesma forma que os Conselhos, são exemplos de processos de negociação, quando a composição e os termos gerais da coalizão são estabelecidos com base em vantagens colaterais. E a CAEN, assim como os serviços especiais aprovados, podem significar processo de ajuste, modificando-se os acordos de coalizão, conforme as modificações ou pressões do ambiente (Cyert & March, 1966). São, portanto, recursos importantes para a estabilização da vida organizacional, ao permitirem a representação de interesses específicos e a mobilização de apoio a políticas organizacionais.

As unidades administrativas das atividades finais (assistenciais) foram então estruturadas de acordo com a intensidade de cuidados exigidos pelos pacientes: ambulatorial, básico, intermediário e intensivo, sem distinção de especialidade médica.

O sistema de organização hospitalar por intensidade de cuidado foi considerado favorável à melhoria qualitativa do atendimento e à maior utilização dos recursos humanos e materiais, reduzindo seus custos. Isto vinha ao encontro das preocupações do governo federal em aumentar a eficiência dos hospitais universitários. O Departamento de Assuntos Universitários – DAU, do Ministério da Educação e Cultura, através do grupo setorial da saúde, realizou, em 1975, um encontro para discutirem-se os problemas dos hospitais universitários. O documento preliminar em que se basearam as discussões (MEC-DAU, 1975) identificava duas crises principais, das quais os hospitais universitários eram palco: de organização e de financiamento, ambas ligadas, segundo o documento, à incipiente formação de recursos humanos para a administração hospitalar. Isto acarretava ainda a constante deterioração de instalações e equipamentos, num círculo vicioso que tinha na incapacidade gerencial o pólo tanto de mau uso dos recursos existentes quanto da inabilidade para captar os recursos necessários aos reparos e investimentos requeridos.

As sugestões de reorganização para esses hospitais referiam-se, de modo especial, a tais aspectos, com ênfase nitidamente gerencialista (“agilização gerencial da instituição”). O Grupo de Trabalho que passou a assessorar a direção do Hospital das Clínicas da UFMG em 1975, também fixou a redefinição da estrutura organizacional como uma das tarefas prioritárias.

Em 1980, nova equipe foi alocada junto à diretoria do Hospital das Clínicas para proceder a uma avaliação de sua estrutura administrativa.

Coordenada pelo Departamento de Racionalização da Reitoria da UFMG, contou com o apoio dos órgãos máximos da Universidade e com a participação de vários profissionais do próprio Hospital.

O diagnóstico apresentado pela equipe identificou então três contradições básicas, responsáveis pelo estado considerado de “quase crise administrativa em curso no Hospital” (UFMG, Pró-Reitoria Administrativa, 1981).

A primeira contradição encontrada foi descrita como uma falta de sintonia entre a estrutura administrativa idealizada e aquela implementada. Observou-se que a prestação da atenção médica, de certa forma, estava sendo realizada obedecendo ao sistema de cuidado progressivo do paciente. Ou seja, a admissão nas unidades de internação se fazia predominantemente através do ambulatório, depois de esgotadas até as possibilidades de resolução do problema, e de preferência nas unidades de cuidado intermediário. No entanto, os setores operativos do Hospital Intensivo, Intermediário e Básico — não conseguiram articular e fazer operar devidamente suas equipes de apoio administrativo.

Como existiam na estrutura formal setores administrativos centralizados, as demandas e críticas passaram a se concentrar na área da Superintendência Administrativa. Esta passou a considerar como solução o aumento do número de seções na Superintendência, contra o modelo anterior, que optava pela estrutura rasa e com poucos órgãos e chefias.

Não se pode desprezar, no entanto, a consideração de que a estrutura proposta inicialmente, bastante pretenciosa face às características culturais da organização, enquadrava-se em um modelo matricial, onde tanto as atividades finais (assistenciais), como as atividades enquanto meios (administrativas) deveriam se organizar por “intensidade de cuidado”, correspondendo às equipes de “projetos” do modelo da estrutura matricial. Parece que esta idéia não foi suficientemente assimilada na fase de implantação e desconsiderada na avaliação da equipe do Departamento de Racionalização.

Na verdade, uma estrutura matricial exige condições bem específicas para se tornar viável, inclusive de “cultura organizacional”, capazes de contornar as dificuldades da pluralidade de comando, já que as pessoas estão subordinadas a mais de um chefe. Isto parece explicar, pelo menos em parte, a outra contradição, apresentada pela equipe de avaliação, entre as estruturas subseqüentes de autoridade. Uma estrutura matricial mal implantada dificulta a delimitação de competências, facilitando o “jogo de empurra” de responsabilidades e o conflito de autoridade.

O diagnóstico identificou alguns desses conflitos no Hospital das Clínicas, por exemplo, entre os grupos profissionais, como as tentativas da Escola de Enfermagem de assumir a supervisão direta do pessoal de enfermagem de todas as equipes interprofissionais.

A última contradição assinalada foi entre o que se chamou de ambiente teórico e ambiente real. O diagnóstico mostrou que o modelo proposto era fundado em princípios filosóficos e numa política assistencial, que constituíam seu marco teórico. No entanto, o ambiente real não correspondia àquele referenciado pelo marco teórico. A análise é correta à medida que o modelo proposto refletia um discurso que, embora já usado por vários grupos da área de saúde, era “progressista” no sentido de alterar situações estratificadas, afetando interesses e relações de poder. Consistia, portanto, em uma mudança organizacional mais profunda que uma simples reestruturação administrativa, envolvendo novos objetivos e mesmo uma nova “cultura” organizacional, que significa um projeto político.

Assim, a crítica que se poderia formular ao diagnóstico da “quase crise administrativa em curso no

Hospital” é a crença que parece desenvolver em um modelo estrutural capaz de resolver plenamente todas as contradições que, inevitavelmente, envolvem o funcionamento de uma unidade complexa como um hospital de ensino. O grupo do diagnóstico definiu como prioridade o “desenvolvimento de instrumentos de administração capazes de equacionar convenientemente os problemas administrativos em curso” (Manuais de organização e administrativos).

Não está sozinho o grupo, pois a Organização Panamericana da Saúde também, em diversas oportunidades, enfatiza este cuidado. “Nada mais importante para o adequado funcionamento do futuro hospital que a estruturação técnica e eficaz de seu sistema administrativo”

“A estrutura administrativa interna do hospital deve definir-se bem no programa funcional, mediante gráficos de organização e de descrição de funções, ao menos as do pessoal de maior autoridade, dos níveis superior e intermediário” “Os manuais administrativos constituem um auxílio muito valioso na administração de hospitais e, se possível, sua preparação deve iniciar-se na etapa do programa funcional” (D’Ávila, 1967).

Já outros autores acreditam que, como organização inovadora que é, o hospital universitário deveria caracterizar-se pela maleabilidade estrutural, dando menor ênfase às definições limitadas de tarefas e responsabilidades, sendo mais do tipo profissional que obrigacional (Thompson, 1965).

A hipótese que se adota, no entanto, e que poderá ser posteriormente melhor desenvolvida, é que a organização hospitalar de ensino, no caso específico do Hospital das Clínicas da UFMG, parece se enquadrar no tipo “anarquias organizadas”, da forma pensada por alguns pesquisadores (Cohen et alii, 1972). Os objetivos assistenciais, ensino e pesquisa, são muito difíceis de serem avaliados em termos de eficiência. Embora existam indicadores teóricos, que parecem demonstrar em certa medida a qualidade assistencial (taxa de mortalidade; rotatividade/leito etc.), sabe-se que percepção, tanto por parte dos pacientes quanto do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde, é complexa e conseqüência de uma multicausalidade objetiva e subjetiva. No que se refere ao ensino, não são poucos os estudos demonstrando a inviabilidade de se avaliar objetivamente a eficiência das organizações escolares (Meyer & Rowan, 1975).

Desta forma, a opção por uma estrutura mais adequada aos objetivos propostos torna-se problemática. É pouco frutífera também a tentativa de se identificar as prováveis inconsistências (que inevitavelmente existem) entre um modelo assistencial e a estrutura que lhe pareça mais adequada. Pouca coerência ainda se encontrará entre a estrutura proposta e aquela em uso. Frequentemente, nessas organizações, a estrutura tem muito mais o papel mítico e cerimonial de apresentar certa ordem instituída do que realmente de influir sobre o produto.

O seu objetivo é legitimar a existência da organização, refletindo cerimonialmente certos mitos institucionalizados na sociedade e especificamente em seu meio ambiente.

No caso, a estrutura particular adotada, em suas dimensões estruturais (setores operativos, seções administrativas), são respostas a fatores institucionais que compõe a teoria do “cuidado progressivo do paciente”, para a qual o

hospital universitário deve mostrar deferência, como condição de legitimação.

Será que, na verdade, mais uma chefia na Superintendência Administrativa representará melhoria assistencial significativa? Ou a publicação dos regimentos dos Setores Operativos redundará em agilização que refletirá na qualidade do ensino? Estarão superados, com as normas administrativas, os conflitos entre médicos e enfermeiras? E entre a Escola de Medicina e as demais Escolas que usam ou venham a usar o Hospital como campo de estágio?

Parece, talvez, mais importante, aprofundar-se o

conhecimento dessa organização como uma arena onde diferentes grupos (professores X alunos; pessoal de saúde X paciente; médicos X outros profissionais; pessoal de saúde X pessoal de apoio; chefes X subordinados) estão em constante disputa. Estudos complementares, nessa linha, podem ser frutíferos, considerando-se ainda as facilidades citadas pelo Prof. Fraga Filho (1981), para quem o hospital universitário tem condições de assegurar o caráter interdisciplinar de pesquisas não só na área clínica, mas em áreas onde o material disponível é farto e pouco explorado, como a educacional, a administrativa e a social, entre outras.

BIBLIOGRAFIA

- BENNIS, W. G. *Changing organizations*. New York, McGraw-Hill, 1966.
- BLAU, P. M. A formal theory of differentiation in organizations. *American Sociological Review*, 35:201-18, 1970.
- CHILD, J. Organizational structure, environment and performance: the role of strategic choice. *Sociology*, 6:1-22, 1972.
- COLEGIADO DO CURSO MÉDICO. *O processo de desenvolvimento curricular em educação médica na Universidade de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Imprensa Universitária, 1976.
- COHEN, M. et alli. Garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, 1972.
- CROZIER, M. *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Puf, 1963.
- CYERT, R. M. & MARCH, J. G. "Uma teoria do comportamento de objetivos da organização." In: HAIRE, M. org. *Teoria de organização moderna*. São Paulo, Atlas, 1966.
- D'ÁVILA, C. "El programa funcional del hospital." In: *Administración hospitalaria en los programas de salud*. Washington, OPS, 1967, p. 4-22.
- FRAGA FILHO, C. Ensino, pesquisa e assistência no Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 5(2):137-49, 1981.
- HICKSON, D. J. et alli. A strategic contingencies, theory of intra-organizational power. *Administrative Science Quarterly*, 16:216-29, 1971.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – DAU. *Modernização administrativa dos Hospitais Universitários*. Grupo Setorial de Saúde, Brasília, 1975 (mimeo.).
- MEYER, J. W. & ROWAN, B. *Notes on the structure of educational organizations*. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, San Francisco, 1975.
- MEYER, J. W. & ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83:440-63, 1967
- NOVAES, H. M. *A problemática do moderno hospital universitário; fatores organizacionais nas crises dos hospitais de clínicas*. Seminário sobre organização e funcionamento do Centro de Ciências da Saúde, Recife, 1978 (mimeo.).
- PAIXÃO, A. L. Mudança induzida e mecanismos de inovação – a criação de uma organização moderna. *Estudos Organizacionais*. Estudos e Pesquisas, 1, Rio de Janeiro, CEBRAE, 1980.
- PERROW, C. "Hospitals: technology, structure and goals." In: MARCH, J. G., ed. *Handbook of organizations*. Chicago, Rand McNally, 1965.
- PERROW, C. *Organizational analysis; a sociological view*. California, Wadsworth Publishing Company, 1970.
- SALANCIK, G. R. & PFEFFER, J. The bases and use of power in organizational decision-making – the case of university. *Administrative Science Quarterly*, 19, dez. 1974.
- SONIS, A. et alli. *Medicina sanitária y administracion de salud; atencion de la salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- THOMPSON, J. D. *Organizations in action*. New York, McGraw-Hill, 1967.
- THOMPSON, J. D. & McEWEN, W. J. Organizational goals and environments. *American Sociological Review*, 23:23-31, 1958.
- THOMPSON, V. A. Burocracy and innovation. *Administrative Science Quarterly*, jun. 1965.
- UFMG – FACULDADE DE MEDICINA. *Regulamento do Hospital das Clínicas*. Belo Horizonte, Imprensa Universitária, 1976.
- UFMG – Colegiado do Curso Médico. *O processo de desenvolvimento curricular em educação médica na Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Imprensa Universitária, 1976.
- UFMG – PRÓ REITORIA ADMINISTRATIVA. *Avaliação do Projeto do Hospital das Clínicas da UFMG*. Departamento de Racionalização, 1981 (mimeo.).
- YUCHTMAN, E. & SEASHORE, S. A system resource approach to organizational effectiveness. *American Sociological Review*, 32(6):891-903, 1967.
- WOODWARD, J. *Industrial organizations: theory and practice*. London, Oxford University Press, 1965.