

Tradição, racionalidade e carisma em uma organização hospitalar: análise de um hospital universitário à luz de um Modelo Multidimensional

Milka Alves Correia

Fátima Regina Ney Matos
Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Daniel Lins

RESUMO

O presente trabalho teve como propósito analisar a configuração organizacional-administrativa do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), e para tanto, utilizou um modelo analítico multidimensional que tem como fundamento os tipos ideais de dominação weberianos - carisma, tradição e racionalidade. Foi realizado um estudo qualitativo básico e a coleta de dados se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação participante e análise documental. O OMR mostrou-se satisfatório para a análise do HUPAA, embora a compreensão de algumas características peculiares da configuração organizacional-administrativa do hospital demandem ajustes no Modelo. Pode-se constatar que existem, no hospital estudado, características do tipo ordenativo-conservador e do liberativo-transformador, mas também variáveis que estão previstas no tipo equiparativo-adaptador, previstos no Modelo. Acredita-se que esta pesquisa pode oferecer aos gestores do HUPAA subsídios que possibilitem melhor entendimento sobre sua organização, auxiliando-os no aperfeiçoamento dos processos organizacionais, bem como na melhoria do atendimento de saúde à comunidade.

Palavras-Chave: Análise Organizacional. Hospital Universitário. Modelo multidimensional-reflexivo.

1. INTRODUÇÃO

As demandas geradas na sociedade contemporânea incluem o hospital no conjunto das instituições fundamentais, assim como as escolas, as organizações políticas ou as instituições religiosas. Essa importância se justifica ao observarmos a presença das organizações hospitalares em momentos cruciais da vida dos indivíduos: no nascimento, na cura, na morte.

Na ambiência hospitalar circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em distintos momentos de sua existência, compartilhando situações marcantes e contravenientes, tais como: vida/morte, doença/saúde, alegria/tristeza, racionalidade/emoção, objetividade/subjetividade, dor/alívio, caracterizando as organizações hospitalares como lugar em que o lado mais frágil dos seres humanos se evidencia.

Com efeito, os hospitais podem ser considerados como uma dos ambientes organizacionais mais singulares e complexos. Nesse sentido, não seria impreciso caracterizá-los como prestadores de serviços com estrutura híbrida, multidisciplinar, multifuncional e focada, sobretudo, na recuperação da saúde ou na minimização da dor das pessoas que deles necessitam (MINOTTO, 2002).

Para melhor entendimento acerca da complexidade das organizações hospitalares, faz-se necessária compreensão de que, em sua “intimidade”, o hospital tem muito mais do que unidades e setores encarregados do atendimento dos que ali procuram o tratamento de sua doença. Vários autores (CARAPINHEIRO, 1997; PUZIN, 1996; CECÍLIO e MERHY, 2003a, 2003b) afirmam que não há redundância em ressaltar-se o relevante papel desempenhado pelas organizações hospitalares dentro do sistema de saúde em que se encontram inseridas, uma vez que têm por finalidade garantir à comunidade assistência à

saúde, preventiva e curativa, incluindo serviços à família, formação de profissionais e pesquisas biossociais, entre tantas outras atividades.

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

De fato, os processos organizacionais no campo da saúde também são reconhecidos por seu relativamente alto grau de incerteza e de imprevisibilidade e pela natureza da ação dos agentes no ato de produzir saúde. Nos hospitais, a precisão dos equipamentos, a tecnologia e a técnica misturam-se com processos de intervenção em tempo real e com um “objeto” (o paciente) que não é plenamente estruturado; pelo contrário, cada um desses pacientes é distinto e traz em si suas expectativas, necessidades, patologia a ser tratada. Isso significa conviver com relações e interações permeadas pela subjetividade e com comportamentos que exigem liberdade para escolha do modo de produzir (MERHY, 2002).

Assim sendo, não se pode deixar de considerar a organização hospitalar como um *locus* 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 [...] (CECILIO e MERHY, 2003a, p.112).

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

Tomando como ponto de partida essas reflexões iniciais, o presente trabalho emergiu da especial inquietação em se buscar modelos analíticos que se preocupem com essas peculiaridades e desafios presentes nos hospitais e teve como objetivo analisar uma organização hospitalar - especificamente um hospital universitário (HU) - utilizando o modelo de organização multidimensional-reflexivo (OMR) proposto por Alves (2003).

Uma das preocupações fundamentais desse modelo analítico é a de superar a dualidade presente nas posições que destacam ora a estrutura, ora o indivíduo. O modelo de Alves (2003) trata a estrutura e o agente individual como dimensões básicas estreitamente articuladas (e não excludentes) e que se condicionam mutuamente. Esse tratamento dispensado pelo Modelo ao agente e à estrutura é de fundamental importância para a análise de um hospital, na medida em que não subestima a ação dos agentes organizacionais e, nesse sentido, representa um diferencial em relação às abordagens que descrevem a organização hospitalar primordialmente como um sistema e/ou como uma estrutura rígida.

Partindo dessas reflexões preliminares, a proposta desta pesquisa foi melhor compreender um hospital universitário (HU), investigando quais aspectos da configuração organizacional-administrativa do HUPAA poderiam ser ressaltados a partir do modelo multidimensional-reflexivo de Alves (2003).

2. O MODELO DE ORGANIZAÇÃO MULTIDIMENSIONAL-REFLEXIVO

O modelo multidimensional-reflexivo (OMR) de Alves (2003) tem por fundamento o legado de Max Weber, embora não seja um estudo sobre seu pensamento e sua obra. A tipologia da ação social e os tipos ideais de dominação weberianos foram tomados como referência para gerar novos conceitos e idéias.

A construção de um modelo de análise a partir dos tipos ideais weberianos somente foi possível na medida em que se reconheceu que esses construtos são impossíveis de serem

encontrados empiricamente em sua pureza conceitual (ALVES, 2003). Na constituição do Modelo, os componentes dos tipos puros de dominação foram tratados como ‘variáveis’ associadas entre si; sendo reelaborados e combinados para construção de um modelo dotado de alguma originalidade e capaz de contribuir para a análise de organizações (ALVES, 2003).

Nessa perspectiva, ressalta-se que o OMR extrapola o que poderia ser um simples ordenamento de componentes das estruturas de domínio de Weber, e representa uma configuração organizacional-administrativa multifacetada, tríptica e transiente, na qual têm-se elementos caracterizadores dos estilos de gestão patriarcal, da liderança com traços carismáticos e da administração burocrática, dinamicamente relacionados entre si e influenciando-se mutuamente em variadas intensidades.

Consideram-se as seguintes situações, em relação às suas dimensões constituintes:

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

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

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

Alves (2003) considera que mesmo em organizações fortemente reguladas por princípios racional-instrumentais, onde os membros aproximam-se em função de interesses materiais, não se elimina a necessidade de confiança entre eles. O autor ressalta que o Modelo parte do pressuposto de que a lógica de mercado não aniquila os laços sócio-afetivos, nem a devoção a antigos costumes; a abordagem multidimensional-reflexiva considera que a racionalidade instrumental e os ingredientes afetivos articulam-se e convivem nas organizações.

Quanto aos mecanismos de coordenação e controle, o OMR assimila simultaneamente um controle utilitário e normativo gerando nos membros da organização um comportamento de caráter mais calculista e uma participação de natureza utilitária; e de outro, opera um poder intangível e normativo, por meio de lideranças que alocam recompensas simbólicas e criam referências de comportamento em que predominam uma orientação motivacional de natureza moral e um comprometimento de caráter afetivo-emocional (ALVES, 2004).

Esse modelo considera que o tempo organizacional possui dimensões interligadas de temporalidade, isto é, ao OMR está associada uma perspectiva que encara os três tempos - passado, presente, futuro - imbricados entre si.

Semelhante a outros modelos analíticos, o OMR é também uma representação parcial e incompleta da realidade, logo não tem a intenção de impor uma estrutura conveniente a todas as organizações. “O OMR não corresponde a um todo monolítico, nem a um referencial de excelência, posto que, dependendo de diversos fatores internos e externos, ter-se-á arranjos estruturais específicos à situação concreta” (p.99).

Nas próximas seções serão apresentados construto fundamental no Modelo de Alves (2003): o agente organizacional multidimensional-reflexivo (AMR) e os tipos e subtipos estruturais do Modelo.

2.1 CARACTERÍSTICAS DO AGENTE E A DINÂMICA ORGANIZACIONAL

Dando origem ao agente organizacional multidimensional-reflexivo (AMR) encontra-se uma combinação de elementos do patriarca, do líder com traços carismáticos e do burocrata. Trata-se de “um construto teórico indissociável do OMR e representa um indivíduo que age racionalmente em relação a fins, mas também orientado pela tradição e movido por sentimentos afetivos” (ALVES, 2003, p. 105).

O Agente pode estar representado em diversos protagonistas da organização e situado em várias posições na estrutura organizacional. Tomando o processo de mudança como referencial, ora o AMR pode atuar mais no sentido de manter o *status quo* - conservando rotinas e costumes e reagindo a forças descentralizadoras; ora pode agir procurando inovar procedimentos e criando novos padrões operacionais. Alves (2003) considera três perfis para o AMR:

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

Sob a perspectiva da dinâmica organizacional, no Modelo de Alves (2003) os componentes da burocracia, do patriarcado e do carisma interagem constantemente, resultando em dois sistemas de vetores opostos. Um desses conjuntos relaciona-se a variáveis associadas com a ordem, a estrutura e a conservação - a saber: tradição, estabilidade, rigidez, disciplina, repetição, centralização, padronização, rotina - e contribui para que a organização mantenha a sua estrutura original, reconheça sua identidade, resguarde sua trajetória histórico-cultural, garanta a regularidade de suas operações e preserve as suas experiências e conhecimentos.

O outro conjunto corresponde às forças relacionadas com a liberdade, a ação e a mudança - contemporaneidade, instabilidade, flexibilidade, autonomia, originalidade, descentralização, criatividade, inovação -, que trazem uma perspectiva de futuro à organização, favorecendo-a no ajustamento às novas demandas e necessidades emergentes.

Ainda segundo o Modelo, esses dois conjuntos não se fundem; eles se relacionam por meio de um processo de organização-interação-reordenamento o qual resulta numa configuração organizacional-administrativa híbrida em que não há necessariamente a primazia permanente do sistema-organização ou do agente individual e sim um equilíbrio dinâmico ordem-liberdade, estrutura-ação, conservação-mudança (ALVES, 2003, p.121).

Em outras palavras, no interior da organização há espaço para o confronto entre a autoridade instituída e as forças instituintes, com a presença de agentes que ameaçam romper a ordem estabelecida. “É nessa complexa dinâmica organizacional, entremeada por momentos de dissenso e consenso, conflito e harmonia, que a organização é continuamente (re) construída” (ALVES, 2002, p.3).

2.2 TIPOS E SUBTIPOS ESTRUTURAIS DO MODELO

O Modelo é caracterizado por três tipos estruturais, que podem ser decompostos em quatro subtipos. O quadro 01 abaixo traz de forma resumida esses principais tipos:

Quadro 01: Tipos estruturais do OMR (Fonte: Alves, 2003, p. 133)

Estrutura do tipo equiparativo-adaptador	Estrutura do tipo ordenativo-conservador	Estrutura do tipo liberativo-transformador
------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------

Burocracia flexível	Burocracia rígida	Burocracia incipiente
Patriarcado renovador	Patriarcado conservador	Patriarcado reformista
Liderança com traços carismáticos moderados	Liderança descarismatizada (carisma objetivado)	Liderança com acentuados traços carismáticos

A estrutura-base do modelo de organização multidimensional é a denominada equiparativo-adaptadora, e traz em si os seguintes elementos:

1) burocracia flexível, consideravelmente distante da burocracia típica, ou seja, a hierarquia de autoridade, a regulamentação, a impessoalidade das relações, a padronização dos procedimentos ocorrem em baixa intensidade;

2) liderança com traços carismáticos mitigados, desprovida da impetuosidade e do radicalismo transformador, próprios do carisma genuíno;

3) patriarcado renovador, no qual costumes e práticas consuetudinários são em grande parte superados pelo livre arbítrio do patriarca, ainda que persistam alguns elementos da tradição.

Nesse tipo-base pode-se encontrar então coexistência de regras de conduta e liberdade criativa; costumes invioláveis, rotinas e inovações e procedimentos habituais, refletindo uma estreita articulação indivíduo/organização (ALVES, 2002). Não há privilégio nem ao agente nem ao sistema-organização, e o agente associado a esse tipo é o AMR adaptador.

Apesar do tipo organizacional equiparativo-adaptador ser referência para os demais, não necessariamente significa que ele é uma configuração que deva ser tomada como exemplo para todas as organizações sob quaisquer condições. É possível ainda que ocorram variações do tipo-base equiparativo-adaptador sem que este perca as suas propriedades, embora a capacidade adaptativa da sua estrutura seja alterada. O quadro 02 apresenta as variações internas do tipo-base equiparativo-adaptador:

Quadro 02: Variações internas do tipo-base equiparativo-adaptador (Fonte: Alves, 2002, p.11)

Tipo-base equiparativo-adaptador (situação original)	Variante I do tipo equiparativo-adaptador	Variante II do tipo equiparativo-adaptador	Variante III do tipo equiparativo-adaptador
Burocracia flexível	Burocracia menos flexível	Burocracia mais flexível	Burocracia flexível
Patriarcado renovador	Patriarcado renovador	Fraca presença, ou eventual ausência, da dimensão patriarcal renovadora	Fraca presença, ou eventual ausência, da dimensão patriarcal renovadora
Liderança com traços carismáticos mitigados	Fraca presença, ou eventual ausência, da dimensão liderança carismática moderada	Liderança com traços carismáticos mitigados	Fraca presença, ou eventual ausência, da dimensão liderança carismática moderada

Um segundo tipo estrutural é o ordenativo-conservador; caracterizado pela combinação de componentes que definem uma burocracia rígida e uma gestão patriarcal conservadora, na qual o patriarca pouco exerce seu livre arbítrio. Essa configuração organizacional pode ser reconhecida por sua resistência à mudança, restrição à autonomia criativa, pouca liberdade para inovar e pela profusão de regulamentos e práticas tradicionais.

É possível que organizações com esse tipo de estrutura enfrentem dificuldades para funcionar satisfatoriamente em um ambiente complexo, dinâmico e competitivo (ALVES, 2003). Ou, por outro lado, esse mesmo tipo estrutural pode mostrar-se adequado a uma organização diante de um estado de desordem, de falta de comando ou de imobilismo pela inexistência de diretrizes e regras claras, e atuando em meio a demandas externas simples, homogêneas e estáveis.

O tipo ordenativo-conservador caracteriza-se por certa predominância do sistema-organização em relação à ação dos indivíduos. O agente correspondente a essa estrutura é o AMR conservador.

Sujeito a variações internas, o tipo ordenativo-conservador pode apresentar duas configurações estruturais derivadas: o subtipo patriarcal-conservador e o subtipo burocrático-rígido. O quadro 03 ilustra essas variações.

Quadro 03: Variações do tipo ordenativo-conservador (Fonte: Alves, 2003, p.208).

Tipo ordenativo-conservador	Subtipo patriarcal-conservativo	Subtipo burocrático-rígido
Burocracia rígida	Minimização da presença e da intensidade de componentes burocráticos	Burocracia rígida
Patriarcado conservador	Patriarcado conservador	Minimização da presença de componentes patriarcais
Liderança descarismatizada	Minimização da liderança carismática	Ausência de liderança carismática

O terceiro tipo é uma configuração organizacional administrativa resultante da combinação de componentes do patriarcado reformista e da liderança carismática, e, por conseguinte, trata-se de uma estrutura que enfatiza a mudança, a flexibilidade, a originalidade e a inovação. O seu agente típico é o AMR transformador e a ação do agente tem certa primazia sobre o sistema-organização.

Apesar de ocorrer com maior frequência nos períodos iniciais das organizações, a estrutura liberativo-transformadora pode se manifestar também mediante graves ameaças, momentos de crise aguda e situações de profundo inconformismo com a situação vigente. Nesse cenário, tem-se a figura do AMR transformador.

Dependendo da principal base sobre a qual se desenvolve a ação do AMR transformador, a configuração organizacional liberativo-transformadora pode apresentar variações internas que resultam em dois subtipos: o patriarcal-reformista e o centrado em um líder com traços carismáticos. O quadro 04 apresenta, de forma resumida, as possíveis variações internas do tipo liberativo-transformador:

Quadro 04: Variações internas do tipo liberativo-transformador (Fonte: Alves 2003, p. 230).

Tipo liberativo-transformador	Subtipo patriarcal-reformista	Subtipo centrado em um líder
Burocracia incipiente	Burocracia incipiente	Burocracia incipiente
Tipo liberativo-transformador (situação original)	Subtipo patriarcal-reformista	Subtipo centrado em um líder
Liderança com traços carismáticos	Minimização da dimensão liderança com traços carismáticos	Liderança com traços carismáticos
Gestão patriarcal reformista	Gestão patriarcal reformista	Minimização da dimensão patriarcal reformista

Para fins de análise organizacional, o modelo de Alves (2003) estabelece os seguintes indicadores e seu respectivo conjunto de variáveis, abaixo explicitados:

➤ **Características estruturais e dispositivos de coordenação** — Natureza e tamanho da organização, mecanismos integradores, processos organizacionais, articulação intersetorial.

➤ **Características do agente e relacionamentos internos** — Caráter e atuação do agente, abordagem do tempo, sucessão dos dirigentes, disponibilidade para mudanças, relações internas e quadro de pessoal.

➤ **Sistema técnico-operacional** — Natureza das tarefas, fluxo de atividades, tecnologia prevalecente.

➤ **Ambiente externo** — Ambiente econômico, ambiente institucional, relações interorganizacionais.

Na próxima seção abordam-se os hospitais de ensino, pontuando suas principais especificidades.

3. OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

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

Segundo Mé dici (2001), os hospitais de ensino são tão antigos quando o conceito de saúde que surgiu com o Renascimento, mas somente no início do século XX, com a medicina flexneriana, é que se tornou quase obrigatório o vínculo e a dependência dessas instituições junto as Faculdades de Medicina. No Brasil, até os anos 70, os hospitais universitários, em sua grande maioria, funcionavam como instituições distantes do perfil epidemiológico das populações e eram dominados por interesses de médicos especialistas. Entretanto, algumas mudanças no campo da saúde trouxeram novos horizontes: a visão da atenção primária associada à democratização da saúde; técnicas de prevenção reconhecidas como redutoras de custos dos sistemas de saúde e a multidisciplinaridade crescente da atenção a saúde.

Puzin (1996) define um hospital de ensino (HE) como um centro de atenção médica de alta complexidade que: (a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionadas ao tipo de atendimento médico que dispensa; (c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros; (d) exerce um papel político importante na comunidade em que está inserido.

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

Existem algumas características comuns a esse tipo de hospital. Os HU's complementam o ensino acadêmico em várias áreas do conhecimento; são importantes centros de formação de pessoas e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Aproximadamente 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de hospitais universitários (CAMPOS, 1999). Assim, eles provêm sustentação ao ensino e à pesquisa, visto que são locais de treinamento prático; têm compromisso com o aprendizado e a assistência e com a responsabilidade do ensino sob supervisão; estão voltados à qualificação técnica e à produção do conhecimento.

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

Essas mesmas funções conflituosas, no entanto, são responsáveis por conferir aos HU's dinâmica, características e compromissos diferenciados. Carapinheiro (1997) confirma essa singularidade e alerta sobre os perigos enfrentados por esse tipo de hospital e que conferem maior complexidade para administrá-los e dirigi-los: “o gigantismo”, “a dissolução do espírito de corpo”, “a força centrífuga dos serviços” e “a distorção de fins” (FERREIRA

1985a, 1964 apud CARAPINHEIRO 1997). O primeiro deles refere-se a um efeito decorrente da acumulação excessiva de meios materiais e da multiplicação injustificada de serviços; o segundo trata-se de uma consequência do envolvimento do hospital nas teias do poder político e econômico.

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

A distorção dos fins aparece na hipertrofia dos objetivos de ensino e de investigação face aos objetivos assistenciais, ou na rejeição das funções preventiva e recuperadora na consagração da função curativa. Frequentemente percebe-se no discurso dos dirigentes hospitalares, quer dos hospitais escolares quer dos hospitais não escolares, a insistência no princípio de que o hospital escolar é antes de tudo um hospital e só depois é escolar, na recusa e simultaneamente na denúncia implícita da sua posição privilegiada na estrutura hospitalar (CARAPINHEIRO, 1997, p.33).

Pode-se observar uma disputa de prioridades entre os vértices que compõem a missão dos HU's e não tarda surgirem visões diferentes sobre esses hospitais por parte dos segmentos que os compõem, gerando dissonância parcial entre os objetivos organizacionais e os interesses dos grupos e indivíduos que dela fazem parte, traduzidos em diferenciados pontos de vista: de um lado os profissionais preocupados com condutas terapêuticas, diagnósticos, tecnologias e medicamentos de ponta; de outro lado, aqueles cuja função é assegurar o equilíbrio financeiro e as fontes de recursos necessárias à sobrevivência da organização.

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

4. METODOLOGIA

O presente estudo adota uma perspectiva predominantemente qualitativa visto que não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados; mas parte de questões ou focos de interesses amplos que vão se definindo na medida em que o estudo se desenvolve. O enfoque qualitativo adotado justifica-se na medida em que se analisou um nível de realidade que dificilmente pode ser quantificado - uma configuração organizacional-administrativa - e que procurou responder a questões muito particulares, específicas de um determinado contexto (MINAYO, 2004).

Na condução do trabalho procurou-se conservar os aspectos definidos por Minayo (2004) que melhor caracterizam a pesquisa qualitativa: o ambiente natural (o HUPAA) como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ênfase na descrição; a preocupação do pesquisador com todo o processo de pesquisa e não simplesmente com os resultados e o produto; análise indutiva dos dados e a captação de significados como preocupação essencial.

Esse estudo classifica-se como “básico ou genérico”, uma vez que contém características essenciais da metodologia qualitativa, mas não a ponto de enquadrá-lo em um

tipo específico como, por exemplo, um estudo de caso, um estudo etnográfico ou qualquer outra modalidade específica (MILES; HUBERMAN, 1994).

Para análise da configuração organizacional do HUPAA, utilizaram-se as categorias previstas no próprio modelo. Das quatro dimensões previstas pelo OMR, foram privilegiadas três: características estruturais e dispositivos de coordenação; características do agente e relacionamentos internos; ambiente externo e relacionamentos interorganizacionais. A escolha das duas primeiras procura contemplar o relacionamento agente-estrutura, tentando afastar-se da tendência a se tratar os hospitais como sistemas e/ou estruturas. A terceira dimensão escolhida corrobora o fato de que o HUPAA articula-se com o sistema societal mais vasto de que faz parte.

Seguem as categorias de análise e suas respectivas definições operacionais adotadas na pesquisa:

➤ **Características estruturais e dispositivos de coordenação:** operacionalizada a partir de alguns elementos definidos por Hall (2004) – complexidade, centralização, formalização e processos organizacionais.

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

➤ **Ambiente externo:** o ambiente externo ao HUPAA é analisado a partir de dimensões definidas por Hall (2004): condições legais, condições demográficas.

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

Para viabilizar a coleta de dados foram utilizadas análise documental, entrevista semi-estruturada e observação participante. Vale dizer, adotou-se o expediente da triangulação: a combinação de vários métodos de pesquisa no estudo do mesmo fenômeno (DENZIN; LINCOLN, 2000), tendo por objetivo básico abranger a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138) e diminuir “a influência dos vieses do pesquisador no resultado final das análises” (VIEIRA; ZOUAIN, 2004, p. 23). A coleta de dados ocorreu no período de junho e setembro de 2006; as entrevistas semi-estruturadas e a observação participante ocuparam-se de coletar os dados primários; a análise documental captou os dados secundários. Foram realizadas 35 entrevistas, com agentes de diversos setores/serviços do HUPAA.

Somente a partir da contemplação dos dados colhidos na análise documental, foi possível definir quais sujeitos viriam a fornecer os dados ainda necessários à pesquisa. Assim, foram selecionados dentro do HUPAA os respondentes que pudessem efetivamente ajudar a compreender o fenômeno em estudo (MERRIAM, 1998). Assim sendo, a amostragem proposital, intencional ou deliberada foi adotada quando da seleção dos sujeitos a serem entrevistados. De acordo com Patton (2002), a lógica e o poder da amostragem intencional e não probabilística baseia-se em selecionar casos ricos de informação para o estudo.

Evidenciou-se ainda a necessidade de observar no cotidiano da organização o comportamento de alguns aspectos explicitados nas entrevistas; e para tal, foi realizada observação participante em setores, reuniões das direções do HUPAA, reuniões entre

diretorias e setores, eventos de socialização, reuniões científicas, procurando-se pesquisar um pouco mais sobre alguns aspectos da configuração organizacional-administrativa (tais como processo decisório, comunicação) e sobre o agente (interação, relacionamento no ambiente de trabalho). As etapas desenvolvidas para essa técnica de coleta de dados foram: seleção das situações e dos aspectos relevantes para a pesquisa, elaboração do roteiro de observação, realização da observação (registro de anotações de campo) e a técnica da análise de conteúdo para a análise dos dados coletados nos documentos organizacionais e nas entrevistas (BARDIN, 2004).

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

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

A análise da configuração organizacional-administrativa do HUPAA à luz dos tipos e subtipos estruturais derivados do modelo de Alves (2003) revela alguns aspectos a serem considerados. No que se refere à inter-relação entre o agente e a estrutura proposta no modelo de Alves (2003), ela mostrou-se presente na organização pesquisada, e foi evidenciada nos seguintes situações: interferência do comportamento dos agentes sobre os processos de mudanças no HUPAA e vice-versa; impacto dos processos de tomada de decisão, de comunicação e de integração no desempenho dos agentes na organização; valores referenciados nas categorias profissionais que afetam a estrutura organizacional do hospital, entre outros. No HUPAA, o indivíduo e a estrutura mostraram-se como dimensões reciprocamente condicionantes.

As seguintes características estruturais da organização estudada poderiam levar à conclusão de que esse Hospital é uma organização do tipo ordenativo-conservador:

- ✓ processo decisório centralizado e referenciado pelo nível estratégico, fluindo pela hierarquia;
- ✓ processo de comunicação concentrado e não compartilhado;
- ✓ integrantes da organização distribuídos em uma hierarquia de autoridade, onde ocupam cargos e exercem funções;
- ✓ presença de normas, manuais de rotinas e regulamentos;
- ✓ diretrizes definidas pelo MEC e pelo MS, determinando o perfil de alta e média complexidade do hospital e suas atividades.

Contudo, ao se adicionar outros elementos surge outra percepção. As três dimensões de temporalidade (ALVES, 2003) encontram-se imbricadas na realidade estudada. Esse quadro pode ser percebido mais fortemente nos agentes organizacionais, quando, eles assimilam a necessidade de construir cenários futuros, mas se apegam às experiências do passado, ao desempenho corrente, a preservação de componentes tradicionais. Esta característica não compromete o futuro da organização, porém não há como negar uma tensão entre a perspectiva passado-presente e o futuro da organização.

O HUPAA pertence ao grande sistema chamado sociedade; logo seu ambiente externo não se resume aos pacientes e fornecedores. Há uma rede de influências recíprocas, e o Hospital interage com diversas forças a nível estadual, federal e municipal. É impossível

desconsiderar o papel que o Estado exerce no estabelecimento de regras e sanções ao HUPAA uma vez que se trata de um hospital público. Em razão do seu relacionamento com o ambiente externo ser marcado por ações coordenadas, integradas e formalizadas, de certa forma é esperado que essa organização tenda a ser regida e legitimada pelo cumprimento de leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos públicos, organizações de classe e instituições.

Entretanto, em virtude da natureza do trabalho que o HUPAA desenvolve — o cuidado ao paciente, o ensino e a pesquisa —, nem sempre os regulamentos e ordens são cumpridos exatamente como previsto; são várias as situações não suscetíveis à padronização e que são tratadas de forma diferenciada, o que por si só já acena com a necessidade de uma configuração mais flexibilizada, sem necessariamente perder sua face burocrática.

Há internamente a utilização de controles utilitários e normativos — regras, regulamentos e rotinas, recompensas ou punições, treinamentos — e dispositivos fundamentados no compartilhamento de crenças, missão e valores organizacionais; mas não se deixa de perceber que ambos os tipos de controle parecem não estar atingindo os objetivos a que se propõem.

O quadro de pessoal do HUPAA é recrutado e selecionado com base em critérios técnicos conjugados com critérios subjetivos, além de contar com a interferência de aspectos informais. As recompensas e punições incorporam aspectos subjetivos e objetivos.

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

Os agentes entrevistados demonstraram que atuam movidos pela racionalidade instrumental, por razões afetivas e pela tradição. Ou seja, elementos racionais e subjetivos estão presentes na orientação das ações (ALVES, 2003). Percebeu-se também a presença de relações interpessoais, evidenciando que relacionamento entre as pessoas não é de todo impessoal; logo, não se pode afirmar que o comportamento no ambiente de trabalho segue a máxima *sine ira et studio*.

Numa visão mais ampliada, na configuração organizacional-administrativa do HUPAA estão presentes variáveis associadas à ordem, à estrutura e à conservação e outras relacionadas à mudança. Como exemplo, de um lado tem-se o apego à tradição e à estabilidade, centralização, padronização; e de outro, à contemporaneidade, à flexibilidade. Apareceram ainda padrões burocráticos como metas, regulamentos, normas, rotinas, que convivem com comportamentos profissionais orientados por códigos normativos externos ao HUPAA e/ou valores próprios.

Embora a tendência seja esperar que, à medida que o hospital vem crescendo, seria óbvio tornar-se estruturalmente mais rígido e com procedimentos mais padronizados, no HUPAA percebeu-se que a esfera burocrática não aniquilou a presença de outros componentes como, por exemplo, o apego à tradição.

A partir dessas considerações sobre mecanismos de controle, quadro de pessoal, recompensas e punições, escolha dos dirigentes e dinâmica interna da organização, começou-se a vislumbrar que a configuração organizacional-administrativa do HUPAA traz em si tanto elementos burocráticos quanto aspectos flexibilizados; e em assim sendo, não pode ser amplamente compreendida se for considerada como tipo ordenativo-conservador.

Não se trata de uma organização somente preocupada com o cumprimento de regras, pois se assim fosse o HUPAA não teria tido condições de avançar, mudar ou fazer algumas correções em sua trajetória histórica de 33 anos; no entanto, também não se sustenta só pelos laços afetivos, porque do contrário estrangulária vários de seus processos internos. Com efeito, o HUPAA apresenta um padrão organizacional híbrido; há um componente burocrático

que se flexibiliza, mas há também espaço para liderança com traços carismáticos mitigados, que aparece quando necessário. Logo, não parece razoável assegurar que a configuração organizacional-administrativa do hospital estudado atua exclusivamente de uma forma burocrática.

A coleta de dados mostrou ainda que no HUPAA há áreas em que a inovação e os relacionamentos interpessoais fluem mais facilmente, outras que necessitam de mais rotinas e impessoalidade, e ainda aquelas em que as ações centradas em pessoas são predominantes. Ao considerar-se ainda os aspectos informais da autoridade, da interação entre os agentes, da comunicação e dos mecanismos integradores, chega-se então à percepção de que a configuração organizacional-administrativa do HUPAA não é puramente ou somente de um dos tipos sugeridos pelo modelo de Alves (2003). Existem, no hospital estudado, características do tipo ordenativo-conservador e do liberativo-transformador, mas também variáveis que estão previstas no tipo equiparativo-adaptador.

Diante dessas reflexões, parece-nos mais realista afirmar que o tipo-base equiparativo-adaptador é o que melhor explica a configuração-administrativa do HUPAA. Quanto ao subtipo, os dados evidenciaram que a realidade estudada tem componentes do subtipo variante II, bem como do subtipo variante III; sob a ótica da variante I não é possível compreender o HUPAA, visto que este subtipo prevê uma configuração organizacional-administrativa com a dimensão burocrática totalmente flexibilizada e a dimensão patriarcal eminentemente renovadora, o que não corresponde à realidade encontrada no HUPAA. Assim sendo, pode-se explicar o HUPAA como uma organização equiparativa-adaptadora, cujo subtipo encontra-se entre as variantes II e III, tendendo mais a esta última.

No que se refere ao agente organizacional do HUPAA, foi possível encontrar-se numa mesma área, em posições hierárquicas similares, agentes organizacionais com perfis diferentes, ou, ainda outros com perfis semelhantes, mas em áreas e posições hierárquicas distintas.

De outro lado, poder-se ia imaginar que, por estarem mais próximos dos pacientes, os agentes da área-fim teriam necessariamente o perfil do agente conservador, principalmente por estarem mais ligados a valores, aspectos subjetivos, regulamentos de suas profissões. Obviamente isso acontece, mas não necessariamente como uma regra a todos que trabalham naquela área; como também os agentes da área-meio, por sua distância em relação ao paciente e ao ensino, não necessariamente são do tipo adaptador.

Significa que não foi percebida se há correlação direta entre a atividade do agente e seu perfil conforme o OMR. De fato, na realidade estudada, os três tipos de AMR descritos por Alves (2003) estão presentes nos mais diversos setores e posições hierárquicas do hospital estudado não havendo como assegurar a correlação direta entre a posição do indivíduo na estrutura da organização e a dos agentes estabelecidos por Alves (2003).

Entre os agentes organizacionais entrevistados percebeu-se que os mesmos agem orientados por componentes tradicionais, sentimentos afetivos, e também de maneira racional. Comprometem-se com a organização por razões de cunho moral, sem contudo, anular o lado utilitarista e vice-versa; se por um lado são conduzidos por regulamentos, condutas e rotinas a lhes determinar como e o que devem fazer, não deixam de preservar certa subjetividade; o tempo passado, o presente e o futuro são dimensões presentes em suas ações — ainda que em intensidades diferentes. Posto isso, pode-se identificar o agente organizacional do HUPAA como sendo do tipo adaptador.

Um aspecto crucial que torna parte dos agentes do HUPAA diferenciados em relação aos tipos de AMR sugeridos pelo OMR é a autoridade e a liderança que alguns têm em virtude de sua *expertise* no ato de produzir saúde; em especial os médicos, os quais possuem tal ascensão em relação aos demais profissionais devido a seu papel central nos cuidados ao paciente. Essa peculiaridade, ainda que não prevista no modelo de Alves (2003), não pode

deixar de ser considerada quando se pretende analisar e compreender a configuração organizacional-administrativa do HUPAA, visto que influencia no perfil dos agentes, nos relacionamentos internos, além de imprimir uma singular dinâmica interna à organização.

Outrossim, apontam-se alguns aspectos de afastamento entre a realidade estudada e o OMR. Um deles é a presença de dois tipos de autoridade: o da autoridade racional-legal (autoridade formal) — definida por Weber (2000); o outro é o da autoridade resultante do saber. Foi visto também que na configuração organizacional-administrativa do HUPAA estão presentes dois mecanismos principais de coordenar atividades: a hierarquia e a lógica das profissões. Essas situações não foram passíveis de ser entendida à luz do modelo de Alves (2003); essa limitação talvez se deva ao fato de o OMR ter sido proposto originalmente para análise de organizações empresariais, que não necessariamente são compostas por categorias de especialistas tão singulares, como acontece nos hospitais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Complexidade, nobreza e amplitude de sua missão são alguns dos principais aspectos que descrevem um hospital. No cerne desse tipo de organização, encontra-se o binômio saúde/doença, elemento que impõe um cenário em que há o contato diário com incertezas, com resultados difíceis de serem mensurados e com atores intimamente ligados a seus papéis, sejam eles o de curar ou o de esperar por essa mesma cura.

Nessa perspectiva, não houve surpresa ao percebermos que o HUPAA caracteriza-se como uma organização de esfera burocrática flexibilizada e dimensão patriarcal renovadora enfraquecida, visto que ainda há o respeito e o apego aos costumes e práticas, além de contar com uma liderança com traços carismáticos mitigados.

Certamente que não foi possível classificar a configuração organizacional-administrativa do HUPAA a partir de um único subtipo do Modelo, tendo em vista o caráter híbrido de tal configuração. Contudo, de acordo com Alves (2003), o OMR não tem a intenção de impor uma estrutura conveniente a todas as organizações; e tampouco considera que existe uma única configuração organizacional-administrativa adequada para todos os setores ou áreas da organização.

O exercício de aplicar o modelo de Alves (2003) para o estudo de um hospital universitário foi relevante, visto que proporcionou uma análise organizacional não apenas preocupada em estudar a estrutura da organização, mas principalmente porque abriu espaço para mostrar a presença dos agentes e suas ações, seus valores, sua reflexividade, suas inquietudes — aspectos que provavelmente ficariam tolhidos não fosse a multidimensionalidade do OMR.

Este estudo proporcionou ainda ao modelo de Alves (2003) a oportunidade de ser testado em um ambiente organizacional reconhecidamente singular, sendo evidenciada a sua capacidade analítica para o estudo da configuração organizacional-administrativa do HUPAA, sem, entretanto, deixar de reconhecer algumas dificuldades e limitações do Modelo. Como numa via de mão dupla, o OMR e a realidade empírica estudada se encontraram e trocaram contribuições.

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

Esta foi justamente uma das inquietações apresentadas na introdução deste trabalho, qual seja a necessidade de se ter modelos analíticos que não se limitem a ver um hospital apenas do ponto de vista funcionalista/sistêmico, mas que também permitam mostrar a influência dos agentes na organização, os quais trazem as peculiaridades, singularidades e aspectos informais aos hospitais, caracterizando-os como ambientes organizacionais dotados de complexas relações, a nível interno e externo.

Finalmente, admite-se que encontrar um único modelo, teoria ou proposta analítica que possibilite o estudo e o pleno entendimento de uma organização hospitalar não é tarefa razoável, tendo em vista os vários e complexos aspectos envolvidos em seu contexto. Entretanto, ainda assim espera-se que este trabalho tenha contribuído para a compreensão mais ampliada acerca dessas organizações tão singulares — os Hospitais Universitários.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, Sérgio. A multidimensionalidade nas organizações empresariais: proposta de um modelo analítico. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 71-93, abr./jun. 2004.

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

_____. A multidimensionalidade nas organizações empresariais: proposta de um modelo analítico. In: Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2002. 1 CD-ROM.

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

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

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora Lda, 1994.

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

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

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

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

_____. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003b, v. 1, p. 197-210.

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

GONÇALVES, Ernesto Lima. **O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

- HALL, Richard H. **Organizações: estruturas, processos e resultados**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- MCKEE, M.; HEALY, J. (Eds.) **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2001.
- MEDICI, André Cezar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERRIAM, Sharan B. **Qualitative research and case study applications in education. 2. ed.** San Francisco: Jossey-bass, 1998.
- MILES, Matthew; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis. 2. ed.** Thousand Oaks: Sage, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- MINTZBERG, Henry. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 4, n. 22, p.9-18, 1997.
- PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods. 3. ed.** Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.
- PUZIN, Daniel. The proper function of hospitals within health systems. In: INSTITUTE FOR HEALTH POLICY STUDIES (IEPS), 1994, Paris. **Report...**Geneva: World Health Organization (WHO), 1996.
- TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIEIRA, Marcelo Milano F.; ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.