

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Mestrado Profissional em Administração

Zuleide Cristina de Araújo

**As múltiplas lógicas institucionais atuantes na
atual reforma do HC UFPE**

Recife, 2016

Zuleide Cristina de Araújo

**As múltiplas lógicas institucionais atuantes na
atual reforma do HC UFPE**

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alberto da Costa Mariz

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração, no Mestrado Profissional em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

Recife, 2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A663m

Araújo, Zuleide Cristina de

As múltiplas lógicas institucionais atuantes na atual reforma do HC
UFPE / Zuleide Cristina de Araújo. - 2016.
82 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alberto da Costa Mariz.

Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de
Pernambuco, CCSA, 2016.

Inclui referências e apêndices.

1. Hospitais universitários. 2. Hospitais – administração. 3. Política de
educação médica. I. Mariz, Luiz Alberto da Costa (Orientador). II. Título.

658 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2016 –114)

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Mestrado Profissional em Administração

As múltiplas lógicas institucionais atuantes na atual reconfiguração do HC UFPE

Zuleide Cristina de Araújo

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 28 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Alberto da Costa Mariz, UFPE (Orientador)

Profa. Dra. Débora Coutinho Paschoal Dourado, UFPE (Examinadora interna)

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, FIOCRUZ (Examinador externo)

*“Não sou nem otimista, nem pessimista.
Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas amargos.
Sou um realista esperançoso. Sou um homem da esperança.
Sei que é para um futuro muito longínquo.
Sonho com o dia em que o sol de Deus vai
espalhar justiça pelo mundo todo”.*

Ariano Suassuna

Agradecimentos

À minha mãe Zulmira Araújo e ao meu pai José Maria Carvalho de Araújo (In memoriam), aos meus irmãos Roberto Araújo e Ronaldo Araújo e minhas irmãs Brígida Araújo, Zoraide Araújo, Zenaide Araújo, aos meus sobrinhos, especialmente Natiane Araújo e Thifany Araújo, e a toda a minha família que possibilitaram a minha formação pessoal e me ajudaram a ser o que sou hoje.

Ao meu marido Adriano Afrânio Peixoto e ao meu filho Lucas Araújo Afrânio Peixoto, pelo amor, apoio e pela compreensão das horas de convivência suprimidas e por me inspirarem a cada dia a seguir adiante, principalmente quando a trajetória é árdua. Aos meus sogros Anna Maria Braga Afrânio Peixoto e Ary Afrânio Peixoto (In memoriam) que sempre me apoiaram e me incentivaram a superar desafios.

Ao Professor Luiz Alberto da Costa Mariz pela sua orientação atenciosa e sistemática, pela dedicação e pelas suas contribuições para esta pesquisa, por me encorajar a continuar mesmo quando tudo parecia que não ia dar certo e por me ajudar a realizar um sonho. Muito obrigada!

À Professora Débora Dourado por todo o acompanhamento a esta turma de mestrado, pelo aporte na Oficina de Dissertação e por sua participação nesta banca com subsídios valiosos para este trabalho.

Ao Professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior por participar desta banca, e por suas contribuições substanciais, objetivas e realistas para a realização deste projeto.

Aos professores desta turma de mestrado: Luiz Alberto da Costa Mariz, Walter Moraes, Marcos Feitosa, Bruno Campello, Lilian Outtes, Carla Pasa, Jaqueline, Guilherme Lima, Ricardo Mendonça, Joséte e Débora, por todo o conhecimento e experiências que nos foram ensinados e compartilhados. Foram muitas emoções!

A UFPE por esta oportunidade, em especial, a Pró-reitora de Gestão de Pessoas, Lenita Almeida Amaral que se empenhou muito para a viabilidade deste e de outros cursos de pós-graduação para servidores técnicos administrativos.

Aos meus amigos de universidade e de curso: Lenita, Thais, Danúbia, Jorge, Rodrigo, André, Clélia, Regina, Kaline, Leidijane, Wilza, Iris, Conceição, Ana Maria, Liliana, Patrícia, Roberta, Tâmara, Vanessa, Nara, Carla, Thayza e Orlando foram muitas

histórias, lágrimas, sorrisos e experiências compartilhadas, momentos impagáveis. Obrigada a todos!

À Paula e Mariana, as secretárias do Mestrado Profissional pelo carinho, e pela cordialidade e prontidão que sempre tiveram ao nos atender.

À Nilda pela sua presteza e colaboração diária.

Aos amigos e colegas de trabalho do NASS pelo apoio e colaboração, e em particular a Silas José Nunes Carvalho por ter me substituído com zelo e dedicação.

Aos amigos: Márcia Azevedo, Cláudio Nascimento, Isabel Teófilo, Mitsi Oliveira, Rosélia Marques, André Rodrigues (In memoriam), Mônica Maria da Silva (In memoriam) Décio Nunes, Ruth Couceiro, Flávia Motta, Laudiane Correia, Ana Nery Araújo, Cleide Teixeira, Verônica Pinho, Andréa Neves, Waleska Silva, Lucielle Farias, Josileide Aleixo, Evandro Carneiro, Eugênio Caraciolo e Rossana Wanderley pelo incentivo e apoio, e em nome deles a todos os meus amigos que me encorajaram a realizar este mestrado.

A todos os entrevistados pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Aos companheiros de orientação Tâmara Almeida e Djalma Saturno, pela colaboração e pelo compartilhamento das dúvidas e ansiedades peculiares ao processo de pesquisa.

E ao amor de Deus, sem sua perfeição nada disso seria possível.

Resumo

A finalidade deste trabalho foi analisar como as múltiplas lógicas institucionais conformam a atual reforma do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A adesão à EBSEH é uma realidade para a maioria dos hospitais universitários brasileiros como é o caso do HC UFPE. Este hospital é uma complexa organização pública que reúne as atribuições de hospital escola, centro de pesquisas e prestador de serviços à população do Estado e da região Nordeste. Como tal, seu funcionamento é regido tanto por lógicas endógenas quanto exógenas à profissão da educação médica. Com base na Teoria Institucional este estudo aborda ordens e lógicas institucionais a partir dos autores Friedland e Alford (1991, 1999), Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012), Alford (1975), Williamson (2008), Reay e Hinings (2009), Greenwood (2010, 2011), Scott (2008), Andreazzi (2013), entre outros. Esta pesquisa teve natureza qualitativa, através de estudo de caso, tendo dados primários através de documentos, sites, observações e entrevistas semiestruturadas com gestores e ex-gestores do HC e da UFPE. Utilizou-se a Análise de Conteúdo, emparelhamento teórico, para atingir o objetivo. Na análise dos resultados, constatou-se que as principais lógicas exógenas atuantes na reforma do HC UFPE são aquelas referentes ao Estado, à comunidade, ao mercado e que as lógicas institucionais diretamente ligadas à profissão da educação médica que contribuem para conformar a atual reforma do HC UFPE são a atenção à saúde, a ciência e a gestão.

Palavras-chave: Ordens institucionais. Múltiplas lógicas institucionais. Hospitais universitários federais. EBSEH.

Abstract

The purpose of this work was to analyze how Institutional multiple logical conform the current Hospital das Clínicas' reconfiguration, located at Federal University of Pernambuco. The Accession to EBSEH is a reality for most Brazilians academic hospitals, as it's the case of HC UFPE. This hospital is a complex public organization that gathers assignments as school hospital, research center and service provider to the State population and Northeast region. As such, its functioning is governed by both endogenous and exogenous logical to the medical education's profession. Based on the Institutional Theory, this study approaches orders and Institutional logical from Friedland and Alford (1991, 1999), Thornton, Ocasio and Lounsbury (2012), Alford (1975), Williamson (2008), Reay and Hinings (2009), Greenwood (2010, 2011), Scott (2008), Andreazzi (2013), among other authors. This research had qualitative nature, through case study, which primary data were collected through documents, sites, notes and semi-structured interviews with managers and former managers from HC and UFPE. We used the Content Analysis, theoretical pairing, in the intention to reach the goal. In the analysis results, it was found that the main exogenous logic active in the reconfiguration of HC UFPE are those related to the State, to the community, to the market and the Institutional logical directly related to Medical Education Profession that contribute to corroborate the current reconfiguration of HC UFPE are the health care, science and management.

Keywords: Institutional Orders. Institutional Multiple logical. Academic Federal Hospitals. EBSEH.

Lista de Figuras

Figura 1 (2) - Sistema interinstitucional.....	28
Figura 2 (2) - Lógicas endógenas e exógenas no campo da educação médica.....	40
Figura 3 (3) - Organograma do Hospital das Clínicas da UFPE.....	44
Figura 4 (3) - Organograma da gerência de atenção à Saúde do HC UFPE.....	45
Figura 5 (3) - Organograma da gerência de ensino e pesquisa do HC UFPE.....	47
Figura 6 (3) - Organograma da gerência administrativa financeira do HC UFPE	48
Figura 7 (3) - Modelo Básico de Emparelhamento Teórico.....	53

Lista de Quadros

Quadro 1 (2) -	Lógicas centrais das ordens institucionais de Friedland e Alford.....	29
Quadro 2 (2) -	Quantitativo de profissionais médicos atuantes no HC UFPE.....	49
Quadro 3 (3) -	Resumo dos procedimentos metodológicos para os objetivos específicos.....	51
Quadro 4 (4) -	Financiamento do HC UFPE 2012 – 2015.....	68
Quadro 5 (4) -	Quantitativo de pesquisas e publicações do HC UFPE (2014-2015)	72
Quadro 6 (5) -	Consolidação das lógicas institucionais relevantes na educação médica no HC UFPE.....	74

Lista de Abreviaturas e Siglas

CCS	Centro de Ciências da Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FADE	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFPE
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HC	Hospital das Clínicas
HC UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HUs	Hospitais Universitários
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NASS	Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor
PDE	Plano Diretor Estratégico do HC UFPE
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contextualização do tema e problematização	13
1.2 Objetivos.....	23
1.2.1 Objetivo geral.....	23
1.2.2 Objetivos específicos	23
1.3 Justificativa	24
1.4 A Pesquisadora.....	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1 Ordens e lógicas institucionais.....	27
2.2 As lógicas institucionais dos campos da atenção à saúde e da educação médica	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
3.1 Características da pesquisa qualitativa.....	41
3.2 Objeto e amostra da pesquisa.....	43
3.2.1 Amostra.....	49
3.3 Fonte e coleta de dados	50
3.4 Análise dos dados	51
3.5 Definições constitutiva e operacional dos termos.....	54
3.5.1 Definições constitutivas (DC).....	54
3.5.2 Definições operacionais (DO).....	55
3.6 Limites e Limitações	56
4 RESULTADOS	58
4.1 Lógicas da ciência e assistência na reforma do HC UFPE	58
4.2 Conflitos entre a lógica profissional e a lógica racionalizadora	64
4.3 A EBSEH entre as lógicas do mercado e da comunidade.....	67
4.4 As pesquisas sob as lógicas de mercado	71
5 CONCLUSÃO	75
6 RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICE A – Roteiro geral de entrevista	85

1 INTRODUÇÃO

Nesta primeira parte desta pesquisa apresentam-se a contextualização do tema e a problematização, a pergunta de pesquisa, os objetivos, geral e específicos, a justificativa para a realização do estudo além da pesquisadora.

1.1 Contextualização do tema e problematização

A universidade é considerada, após a Revolução Francesa, uma instituição republicana, ou seja, pública e independente do Estado e da religião. Ao mesmo tempo, ela é uma instituição que comporta ideias e projetos divergentes e conflitantes que de certo modo refletem a própria sociedade (CHAUÍ, 2003).

Nas últimas três décadas, a universidade vivencia uma crise que pode ser subdividida em três: a da hegemonia, a da legitimidade e a institucional. De acordo com Santos (2005, p. 13),

Pode dizer-se que nos últimos trinta anos a crise institucional da universidade na grande maioria dos países foi provocada ou induzida pela perda de prioridades do bem público universitário nas políticas públicas e pela consequente secagem financeira e descapitalização das universidades públicas. As causas e a sua seqüência variaram de país para país.

No Brasil, a primeira crise, a de hegemonia, traduz-se, de acordo com a Reforma Gerencial do Estado de 1995, em a educação superior deixar de ser considerada um direito do cidadão e passar a ser um serviço que pode ser oferecido por instituições públicas ou por organizações privadas. Deste modo, a universidade perde a hegemonia no campo do ensino e da pesquisa científica (SANTOS, 2006; BRESSER-PEREIRA, 2006). A segunda crise a qual a universidade está inserida é a de legitimidade que diz respeito à perda do consenso em relação a uma condição social e aos objetivos coletivamente assumidos por ela, a exemplo “da crescente segmentação do sistema universitário” (SANTOS, 2005, p. 12). A terceira é a crise institucional que envolve a “autonomia universitária e a produtividade social” (SANTOS, 2006) em que a despeito das características peculiares da universidade ocorrem tentativas de imposições de modelos gerenciais de mercado.

Com a proposta de Reforma do Estado em 1995 (BRESSER-PEREIRA, 2006), o serviço público brasileiro foi envolvido por práticas gerenciais oriundas da área privada que apontavam para a busca da racionalidade gerencial. Falqueto e Farias (2013) assinalam que o Estado passa a exigir práticas gerenciais, mas apresenta instrumentos que são rígidos, com excesso de regras, e não permite autonomia ao gestor dificultando e engessando a gestão pública. Neste cenário, a universidade passa por um processo de mudança, reflexão e de busca pela sobrevivência em que tenta atender às demandas da sociedade (SANTOS, 2006). Inseridos nas universidades públicas federais e neste mesmo processo estão os hospitais universitários.

Médici (2001) ressalta quão antigos são os hospitais de ensino, e assinala que estes se desenvolveram muito ao longo do tempo. Contudo, se mantiveram afastados do perfil epidemiológico das populações e permeados por interesses de médicos especialistas. Para o autor, desde 1970 iniciaram-se as seguintes mudanças na área de saúde: - um movimento para a democratização da saúde através da atenção primária; - a busca da prevenção de doenças como meio de promoção à saúde e redução de custos; - a prática da medicina em conformidade com as normas de seguro através de protocolos com o objetivo de racionalizar os custos efetivos; - foram agregados mais conhecimentos à área e se estabeleceram nexos entre saúde, meio ambiente, trabalho, alimentação e transporte; - uma progressiva inserção da multidisciplinariedade na atenção à saúde; - uma gradativa atuação em defesa do usuário e do consumidor, e de mecanismos judiciais contra determinados tipos de práticas médicas que até então não podiam ser questionadas, e - por último, e na contramão, a busca incessante de redução de gastos e de custos.

Os hospitais universitários (HUs) legitimados como hospitais de ensino se caracterizam por serem ligados a um estabelecimento de ensino; por possibilitar as práticas universitárias nas subáreas específicas de saúde; por proporcionar serviços terciários, ou seja, de alta complexidade a uma parte da população (MÉDICI, 2001).

O Conselho Federal de Medicina define os hospitais universitários como

centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (CFM, 2016).

Pesquisa realizada por Médici (2001) com o propósito de avaliar os HUs através de indicadores sociais de 22 países reforça que os HUs são vistos como centros de referência em alta complexidade, e, portanto, desempenham um papel fundamental no atendimento de saúde em nível terciário; possuem pesquisas relacionadas às atividades de ensino e à prestação de assistência à saúde; desempenham relevante papel político na comunidade; se utilizam de muitos recursos físicos e financeiros; e necessitam de muitos profissionais qualificados.

O Ministério da Educação traz a definição abaixo que corrobora com as anteriores:

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (MEC, 2016).

No Brasil, a saúde é garantida pela constituição federal de 1988 como um direito estendido a todos e uma obrigação do Estado que deve garantir este direito por meio de políticas sociais e econômicas definido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vinculado ao Ministério da Saúde (MS). O setor privado pode participar de modo complementar ao SUS, conforme normas próprias (BRASIL, 1988). Os princípios que norteiam o SUS são a: a) universalidade, com o direito de acesso a todos os serviços de saúde; b) equidade, que se refere à garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso a ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do SUS, ou seja, tratar a todos de acordo com a necessidade; c) integralidade priorizando a prevenção de doenças, sem deixar de contemplar os serviços assistenciais e de reabilitação de saúde; d) descentralização; e) participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O sistema de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) possui na sua maioria Hospitais Universitários (HUs) para dar suporte ao ensino, à pesquisa e à extensão. Contudo, esses hospitais prestam serviços assistenciais à sociedade por meio do SUS nos termos preconizados pela Lei nº 8.080/90 constituindo prática de ensino e pesquisa

(BRASIL, 1990). Percebe-se a relevância dos hospitais universitários enquanto uma grande rede de atenção terciária e quaternária no âmbito do SUS para atender à população em todo o país e para a formação e o treinamento de novos profissionais. Contudo, os HUs brasileiros estão envolvidos na crise da universidade e em meio a uma grande crise agravada pela criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH (Lei nº 12.550 de 15/12/2011). Para Andreazzi (2013 p. 282), a EBSEH “é a maior ameaça até hoje perpetrada contra o caráter público dos hospitais universitários”.

A EBSEH foi sendo concebida em grande parte a partir da experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que até então era o único HU no país firmado como empresa pública de direito privado e que todos os funcionários já eram desde o seu início contratados pelo regime celetista. Sendo assim, ao contrário das demais filiais, o modelo HCPA não vivenciou os conflitos com relação ao duplo regime de contratação de mão de obra especializada para área-fim, ou seja, Regime Jurídico Único (RJU) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e nem seus desmembramentos. Outra característica que chama a atenção é que parte do atendimento do HCPA é para planos privados contrariando princípios do SUS, conforme o próprio site:

Hospital público, geral e universitário, o Clínicas atende, com padrão de excelência, em cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos a uma clientela formada, **prioritariamente**, por pacientes do SUS (HCPA, 2016) (grifo nosso).

Sobre as mudanças ocorridas nos HUs, estes possuíam gestão administrativo-financeira atrelada e submetida às universidades públicas federais e são responsáveis pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão ligadas à assistência à saúde. Após diversas discussões ocorridas desde 2003, principalmente entre gestores dos HUs e representantes de alguns ministérios, foi estabelecido em 29/04/2008 através da Portaria nº 4 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) que os HUs atuassem como unidades orçamentárias independentes das universidades, com CNPJ de filial, objetivando dar maior transparência, reduzir o controle normativo e responsabilizar diretamente o gestor hospitalar (BRASIL, 2008).

Ainda com o objetivo de reestruturar e revitalizar os HUs, através do Decreto nº 7.082 de 27/01/2010 é instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) que dispõe sobre o financiamento compartilhado para os HUs pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Com o REHUF tornou-se possível receber

recursos para a estrutura física, aquisição de equipamentos, implantação de sistemas gerencial de informação etc. sendo uma parte destes fixa e a outra de acordo com a produtividade e metas alcançadas. Porém, um grande problema ainda permanecia - o quadro de pessoal dos HUs (BRASIL, 2010).

Expondo-se como motivo a resolução desse problema, foi criada a EBSEH, pela Lei nº 12.550, em 15/12/2011, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação. Neste sentido, compete à EBSEH administrar unidades hospitalares e apoiar as IFES e outras congêneres, na pesquisa, no ensino e na extensão, entre outras (BRASIL, 2011). Criada após idas e vindas e diversas articulações entre alguns ministérios e a Casa Civil, a EBSEH provoca uma série de inquietações tanto nos especialistas em políticas públicas quanto naqueles que irão assinar contrato com esta empresa. Afinal para quê e por que ela foi criada, “a que e a quem serve e que perspectivas aponta” (ANDREAZZI, 2013, p. 276).

A autora (2013) afirma ainda que a EBSEH é a maior ameaça à autonomia dos hospitais e da universidade, do seu caráter público. E questiona: quando o quadro de pessoal do HUs for substituído por funcionários celetistas da EBSEH que a autonomia a universidade terá para romper o contrato que é firmado entre as IFES e esta empresa? E adverte que as

Ameaças à universalidade do direito à saúde e à gratuidade do sistema público são reais no país hoje, assim como a acelerada mercantilização da atenção à saúde, subordinada progressivamente aos interesses dos grandes capitais internacionais e seus sócios internos (ANDREAZZI, 2013, p. 282).

Na comunidade universitária da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) realizaram-se várias discussões polarizadas sobre a autonomia universitária, privatização, terceirização da mão de obra e sobre adesão ou não à EBSEH, e após a aprovação pelo Conselho Universitário foi firmado o contrato em 11/12/2013. Este contrato tem por objeto a administração do órgão suplementar Hospital das Clínicas (HC UFPE).

A EBSEH representa uma grande mudança na operacionalização e no financiamento dos HUs, já que além da possibilidade de recursos oriundos da União, poderão ser obtidas outras receitas que variam desde a prestação de serviços a aplicações financeiras, a divisão de dividendos conforme Artigo 8º Lei nº 12.550 (BRASIL, 2011), entre outras.

Sobre a configuração organizacional da EBSEH, esta empresa possui uma forma centralizada com poucos mecanismos democráticos de gestão quando comparada à universidade, um escritório central localizado em Brasília e diversas unidades semiautônomas em todo o país, filiais que foram criadas e são agrupadas pela estrutura administrativa central. Tal configuração corrobora a Forma Divisionalizada descrita por Mintzberg (2011) e difere das outras configurações por não possuir uma estrutura completa, mas sobreposições de divisões sendo estas as que têm estrutura completa. Seu principal mecanismo de coordenação são metas de padronização de resultados, medidas de controle de desempenho e o poder sendo exercido de cima para baixo pelo escritório central para manter o comando e permitir relativa autonomia das filiais, o suficiente para manter esta estrutura. Este modelo é adequado para estruturas mecanizadas, talvez por isso seja largamente utilizado na indústria e seja a configuração de grandes empresas americanas.

A tendência desta estrutura é mobilizar as divisões/filiais para o modelo da Burocracia Mecanizada. Assim, numa possibilidade de configuração híbrida, o que resulta da imposição da Forma Divisionalizada à Burocracia Profissional? Há uma tendência para exercer pressão para centralizar e planejar metas de desempenho, com o poder sendo exercido de cima para baixo, o que contraria a lógica e o poder do núcleo operacional da Burocracia Profissional (MINTZBERG, 2011, p. 239-245).

De forma oposta, a Burocracia Profissional possibilita às organizações, tais como universidades e hospitais, atuarem através do mecanismo de coordenação de modo descentralizado e com padronização de habilidades. A aprendizagem destas habilidades padronizadas ocorre fora da organização através de padrões considerados universais para determinado especialista seja médico, professor, auditor etc., ao contrário da burocracia mecanizada em que a organização através da tecnoestrutura produz internamente sua padronização para cada processo de trabalho. Assim, de modo oposto tem-se o poder do conhecimento especializado *versus* o poder do cargo. Esta configuração exige um mecanismo de coordenação que possibilita e deve facilitar a autonomia do especialista e a consulta entre profissionais da área. Essa autonomia do profissional favorece para que cada qual se concentre em sua formação em detrimento da atenção dada à coordenação do trabalho do grupo. Neste sentido, a redução de incertezas no trabalho se traduz por minimizar as incertezas nas tarefas dos especialistas, e é um dos argumentos para exigência de autonomia por parte destes (MINTZBERG, 1999, 2011).

E ainda, na Burocracia Profissional o poder é exercido de baixo para cima, ou seja, o poder coletivo dos profissionais do núcleo operacional se sobrepõe aos das outras partes

por influenciar as tomadas de decisões das áreas operacionais e estratégicas (MINTZBERG, 1999), a ponto de se constituir numa importante força social, que em conjunto com a comunidade, os indivíduos da própria universidade interessados numa globalização contra hegemônica, o Estado nacional e o mercado (SANTOS, 2005) parecem atender às peculiaridades de um hospital universitário.

Em relação à base teórica dessa pesquisa, ou seja, a teoria institucional, nos estudos organizacionais ocorre uma interação complexa e dinâmica entre a organização e o contexto ambiental externo, tendo fundamental importância à dimensão cultural com seus valores, símbolos, mitos e sistemas de crenças. Esta teoria apresenta uma inovação conceitual atribuindo relevância aos campos organizacionais, com espaço para os aspectos simbólicos, ou seja, não racionais até então negligenciados, assim “(...) o processo de institucionalização pode ser sintetizada num aspecto: os valores substituem os fatores técnicos na determinação das tarefas organizativas” (CARVALHO; VIEIRA, 2003, p. 23).

Para Reed (1998), os estudos organizacionais se refugiaram dentro dos aspectos locais da organização e se distanciaram dos temas normativos e das questões estruturais que formaram seu desenvolvimento histórico e sua racionalidade intelectual e com o neo-institucionalismo houve um redirecionamento para estas questões.

Friedland e Alford (1999, p. 305) vão mais adiante e defendem que “a análise institucional deve ocorrer a partir das relações entre as instituições e seus elos de dependências e contradições”. E reforçam que o capitalismo em si já tem uma base contraditória em função de se constituir na propriedade privada e na exploração do trabalho de assalariados, como também externamente de estabelecer liames contraditórios com o Estado, a democracia e a família. Estes autores (1999, p. 304) enfatizam a ideia da sociedade como “não funcionalista, e em oposição como um sistema interinstitucional e contraditório em essência, de modo que a análise social vá além da análise subjetivista, funcionalista ou teleológica”.

Atualmente representantes da Teoria Institucional apontam para a relevância da compreensão das lógicas institucionais, que se contrapõe ao princípio do isomorfismo, sejam elas em nível individual ou organizacional, e em diversos cenários. Neste sentido, as lógicas institucionais se apresentam com uma ligação entre a “instituição e a ação, entre o micro e o macro” (THORNTON; OCASIO, 2008, p. 100). Hatch e Cunliffe (2012, p. 129) acrescentam: “Como a lógica é abstrata e comunicada apenas através de símbolos, a ideia de lógicas institucionais que formam o contexto para as organizações conecta comportamento objetivo com o significado subjetivo”.

Friedland e Alford (1999, p. 314-316) identificam que as lógicas institucionais são ao mesmo tempo “sistemas simbólicos e práticas materiais” e enumeram as seguintes ordens institucionais das sociedades ocidentais atuais, ou seja, o capitalismo, o Estado, a democracia, a família/comunidade e a religião/ciência, cada uma dessas possuidoras de uma lógica central. Assim, Friedland e Alford (1991, p. 232-235) introduzem a ideia de que as próprias instituições têm uma ordem e elas são organizadas muito concretamente através das ordens institucionais citadas, como componentes de um sistema social interinstitucional. E “cada ordem é um sistema cultural institucional específico para gerar e medir o valor” (p. 234). Isto significa que dentro de cada ordem institucional, os indivíduos são confrontados com diferentes tipos de escolhas instrumentais.

A consciência de um indivíduo e o comportamento - sua interpretação da racionalidade - pode mudar dependendo de como o indivíduo localiza ou referencia a construção de sentido e a tomada de decisões dentro do contexto de uma ordem institucional particular. Além disso, o sistema interinstitucional pode ser transformado por indivíduos e organizações que exploram como interpretar e manipular símbolos e práticas e, assim, contestando as contradições entre as instituições de diferentes ordens institucionais. De fato, sem múltiplas lógicas institucionais disponíveis para fornecer significados alternativos, a mudança seria impensável para indivíduos e organizações, muito menos encontrar uma maneira de resistir ou mesmo refletir sobre o conflito (FRIEDLAND; ALFORD, 1991).

Parcialmente corroborando Friedland e Alford, a tipologia de ordens institucionais de Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012) considera o Estado, a família, a religião, e substitui capitalismo por mercado e corporação, e democracia por comunidade; e acrescenta profissão. Acredita-se que uma tipologia que combine elementos da proposta inicial de Friedland e Alford com parte da revisão empreendida por Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012) atenderá às características desta pesquisa.

Scott (2008, p. 202) em conjunto com outros pesquisadores fizeram um estudo sobre a prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos, numa arena institucional consistente e que se tornara instável. Os dados são do período de 1945 a 1995 coletados na Baía de São Francisco, na Califórnia. Para verificar as mudanças ocorridas no campo da saúde utilizaram-se:

- a) O mapeamento de mudanças que ocorreram com relação ao tipo e à quantidade de atores sociais individuais e coletivos – as organizações.

Para o autor (2008, p. 203), este é o “melhor indicador” e foi utilizado em relação às especialidades médicas, à estruturação das associações de classe, às formas organizacionais, aos grupos de médicos, aos hospitais, entre outros. Em seus achados tem-se que o número e o tamanho de hospitais mantiveram-se estáveis se comparados a clínicas especializadas, unidades de hemodiálises etc., enquanto que o número populacional triplicou. Neste contexto, enfatiza-se a criação de novos serviços com formas organizacionais arrojadas tal como a assistência à saúde em casa, normalmente realizada pela enfermagem.

b) Mudanças nas lógicas institucionais que permeiam as atividades no campo.

Foram utilizados alguns indicadores, tais como mudanças: nas políticas públicas, nas regras de financiamento da saúde, na crença dos consumidores em relação à saúde, no discurso de profissionais. Os achados apontaram para lógicas dominantes em três períodos: no início dos anos 60 a lógica era a qualidade no atendimento; em 1965 juntou-se esta à lógica da igualdade de acesso; e em meados de 1980, introduziu-se a lógica da redução de custos através do mercado e de controle gerencial. Contudo, nenhuma substituiu a outra, as três lógicas foram associadas a diferentes tipos de atores, e as contradições e conflitos gerados entre elas diminuíram significativamente a coerência e a estabilidade da estrutura do campo.

c) Alterações nas estruturas de governança que supervisionam as atividades.

Scott (2008, p. 204) define estruturas de governança “como combinações dos sistemas público e privado, formal e informal que exercem controle no campo”. Na metade do século 20, o controle estava na mão dos médicos, em meados dos anos 60 o número de órgãos reguladores dos serviços de saúde cresceram vertiginosamente em função da política de seguro de saúde e seguros de social dos Estados Unidos (medicare e medicaid). A lógica das profissões e a de regulação pelo Estado acompanham, a partir de 1980, a lógica de redução de custos, a partir de premissas econômicas neoliberais.

Enfim, Scott (2008) apresentou neste estudo de caso que diferentes lógicas - a profissional, o Estado regulador e a redução de custos - segundo preceitos neoliberais se acumulam no campo da saúde. E desta maneira, verifica-se que a análise institucional a partir das lógicas institucionais pode ser aplicada nos mais diversos tipos de estudo e organizações, inclusive nos HUs.

No que se refere à educação médica, em 1910 Abraham Flexner um teórico da educação estadunidense, que trabalhou para a Fundação Carnegie, se dedicou a estudar a qualidade dos programas médicos e suas recomendações foram para padronizar a educação médica e inseri-la na ciência. Desse modo, ajudou a consolidar a profissão médica e afastar

rivais, tanto aqueles mal treinados quanto os considerados em profissões alternativas. Flexner recomendou um padrão para a educação médica que 100 anos mais tarde ainda orienta currículos médicos. Assim, no período de 1910-1959 se institucionalizam as lógicas plurais de ciência e do cuidado na educação médica por meio de exames de licenciamento com os testes de conhecimento da ciência, e conhecimentos e habilidades clínicas. A partir daí as escolas médicas vinculam-se a hospitais e universidades, se expande a abordagem científica à medicina e se estabelece a pesquisa como missão nas escolas médicas (DUNN; JONES, 2010).

Assim, antes do relatório de Flexner o ensino médico realizava-se onde estavam os doentes ou os professores, após o mesmo ocorre a vinculação da educação médica através das escolas de medicina aos HUS. No Brasil na década de 70 os HUs passaram a ser considerados órgãos suplementares e adquiriram autonomia administrativa. Em seguida, a partir do cancelamento das dotações orçamentárias os HUs foram obrigados a produzir seus recursos, neste momento passam a ter autonomia assistencial quando também acontece a desvinculação dos projetos da atenção à saúde dos projetos de ensino. Atualmente os HUs são designados pela alta complexidade e integram a rede de saúde num sistema de referência e contra referência, além de serem integrados às escolas médicas e aos Centros de Ciências da Saúde, para formar o profissional seja na graduação, residência e pós-graduação (GONÇALVES, 2002).

Para Dunn e Jones (2010), as escolas médicas americanas têm se engajado em um ato de equilíbrio delicado de atenção para ambas às lógicas de ciência e de cuidados de saúde e enfatizam a atenção que é centrada no paciente com base em pesquisas. E em meio a pedidos de maior atenção para a assistência ao paciente, o médico-cientista tem defendido o papel da ciência no currículo. Em seus estudos sugerem que lógicas plurais coevoluem dentro de uma profissão ao longo do tempo e que as lógicas de cuidados e atenção à saúde coexistem, movendo-se através de períodos de equilíbrio e desequilíbrio numa tensão desconfortável que não é facilmente resolvida em educação médica.

Para essas autoras (2010), a lógica científica diz respeito ao conhecimento das doenças construídas através da investigação e tratamentos inovadores, enquanto uma lógica de cuidados destaca habilidades clínicas dos médicos usados para tratar pacientes e melhorar a saúde da comunidade.

De acordo com a explanação pode-se afirmar que as principais ordens institucionais no campo da educação médica são: a profissão, o capitalismo (mercado), o Estado e a comunidade e serão estas que embasarão este trabalho. Considera-se ainda que a profissão

seja uma ordem institucional sujeita às influências de forças endógenas, como a ciência e a atenção à saúde, e de forças exógenas tais como o mercado, a comunidade e o Estado (DUNN; JONES, 2010; FRIEDLAND; ALFORD, 1999; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012).

Neste sentido, considerando que lógicas institucionais são instanciadas em contextos específicos (DUNN; JONES, 2010) e diante do exposto pergunta-se: **Como as múltiplas lógicas institucionais conformam a reforma do HC deflagrada por sua incorporação à EBSERH?**

1.2 Objetivos

Para responder a pergunta de pesquisa anteriormente apresentada foram estabelecidos os seguintes objetivos de pesquisa, geral e específicos:

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo é o de analisar **como as múltiplas lógicas institucionais conformam a atual reforma do HC UFPE.**

1.2.2 Objetivos específicos

O objetivo geral da pesquisa se desdobra nos seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as principais lógicas institucionais endógenas da profissão da educação médica presentes no HC UFPE;
- b) Identificar as principais lógicas institucionais exógenas da profissão da educação médica presentes no HC UFPE;
- c) Investigar as relações de contraposição ou de congruência existentes entre as várias lógicas atuantes no HC UFPE, e

- d) Avaliar as implicações que o conjunto de lógicas institucionais e suas interações trazem para a atual reforma do HC

1.3 Justificativa

Do ponto de vista prático este estudo poderá contribuir como um levantamento das diferentes lógicas institucionais atuantes no HC UFPE, contribuindo para a tomada de consciência dos profissionais da saúde, gestores, políticos e tomadores de decisão sobre relevantes questões do contexto dessa organização.

Esta pesquisa também é pertinente pela necessidade de compreensão do fenômeno relacionado à crise institucional em que estão inseridos os HUs, haja vista o sucateamento ocorrido nos últimos anos, com grande repercussão na mídia nacional e local conforme Andreazzi (2013, p. 282):

A EBSERH é a maior ameaça até hoje perpetrada contra o caráter público dos hospitais universitários. Precedida do sucateamento desses serviços – cujo exemplo extremo é a situação atual do Hospital Clementino Fraga Filho (UFRJ) –, é uma solução global de gestão, não democrática e com todas as potencialidades de submissão ao mercado da saúde, travestida de solução específica para pretensos problemas de pessoal. Por problemas de pessoal, leiam-se os interesses de controle do trabalho, de transformação do servidor de Estado em empregado dos grupos de poder que se revezam no Estado e tentam lá se manter por diversos mecanismos, entre os quais o clientelismo e a corrupção.

Do ponto de vista regional, o HC UFPE é um hospital escola de referência no norte/nordeste no que tange ao atendimento com qualidade, à universalidade à saúde e à gratuidade. É um órgão suplementar vital para a UFPE e para o apoio à pesquisa, ao ensino e à extensão, a docentes e discentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e de outros centros.

Do ponto de vista teórico, esta pesquisa se justifica por adotar uma abordagem atual aplicando-a para estudar o HC UFPE. Para Dunn e Jones (2010), a maioria das pesquisas sobre lógicas institucionais se concentra no nível social ao conceituar e medir lógicas, poucos estudos empíricos têm examinado lógicas plurais dentro de uma profissão. E ainda para as autoras, se justifica estudar as múltiplas lógicas profissionais dos docentes em escolas médicas uma vez que a profissão médica tem experimentado mudanças profundas

ao longo das últimas quatro décadas.

A contribuição deste estudo relaciona-se ao fato de focalizar o estudo de lógicas institucionais num hospital universitário. Primeiro por que a teoria institucional ainda carece de muitas respostas para preencher algumas lacunas e desse modo necessita de mais pesquisa para aprofundá-la. Segundo porque a EBSEH é uma organização recente. Terceiro porque estudar múltiplas lógicas nos proporciona compreensão sobre como “a cultura organizacional e sua forma de gestão podem ser afetadas por tais lógicas” (OLIVEIRA; MELLO, 2014, p. 14).

Assim, este estudo é relevante pela importância social dos HUs para o sistema de saúde pública brasileira, pelo momento histórico de ameaça à autonomia dos HUs (ANDREAZZI, 2013) e pela importância das lógicas institucionais para a manutenção, ou não, do seu caráter público e da garantia da universalidade da saúde.

Para atingir o seu propósito, este trabalho foi organizado em seis capítulos, sendo o primeiro esta introdução. O capítulo 2 se constitui de todo o embasamento teórico do trabalho. O capítulo 3 configura o percurso metodológico do trabalho. Por sua vez, o capítulo 4 traz a apresentação dos resultados a partir do embasamento teórico da pesquisa. E, por fim, nos capítulos 5 e 6 serão apresentadas as conclusões e as recomendações gerenciais respectivamente. A seguir apresenta-se a pesquisadora, formação, setor de trabalho e sua relação institucional com o HC.

1.4 A Pesquisadora

A pesquisadora é formada em psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, e fez especialização em administração - MBA em Gestão de Pessoas pela mesma universidade. Servidora da UFPE desde 1994. Esteve lotada no HC UFPE até 1995 quando foi removida para a Pró-reitoria para Assuntos Comunitários (PROCOM) atual Pró-reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (PROGEPE). Desde seu ingresso na UFPE integra o Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS) onde teve participação ativa para a sua ampliação e desenvolvimento. Até junho de 2002 atuou como secretária e a partir de 01/07/2002 assumiu a coordenação do referido núcleo até a presente data, gerenciando todas as ações da unidade alinhadas com o planejamento estratégico institucional.

O Núcleo de Atenção a Saúde do Servidor está instalado ao lado do Hospital das Clínicas, foi reinaugurado em 11/03/2010 como uma unidade do Subsistema Integrado de

Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) que possibilita o atendimento ao servidor público federal nas áreas de Perícia em Saúde, Vigilância e Promoção à Saúde, além do atendimento básico à assistência à saúde do servidor que já havia. Assim, são desenvolvidas ações no sentido de: a) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do servidor; b) Realizar admissão de servidores da UFPE; c) Realizar perícias médicas para conceder licença para: tratamento de saúde, acompanhar pessoa da família, maternidade, e avaliar capacidade laborativa do servidor, entre outros; d) Realizar perícias odontológicas para conceder licenças; e) Criar programas de promoção à saúde e prevenção a doenças que atingem aos servidores da UFPE; f) Realizar exames periódicos, em servidores ativos, anualmente, conforme faixa etária e ambiente organizacional; g) Desenvolver ações de promoção e prevenção da perda auditiva, dos servidores expostos a ruídos em parceria com a Clínica de Fonoaudiologia, através do Programa de Prevenção à Saúde Auditiva do Servidor; h) Detectar, conhecer, pesquisar, analisar e monitorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho, realizando a Vigilância em Saúde do servidor através do Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho (SEST); i) Proporcionar uma assistência médica básica aos servidores da UFPE, seus dependentes (cônjuge, pais, filhos solteiros até 21anos e aos residentes da casa de estudantes/UFPE), entre outros. O NASS conta também com duas extensões sendo uma no Centro Acadêmico de Vitória (CAV) e outra no Centro Acadêmico do Agreste (CAA) para a realização de perícias e exames admissionais.

Além de o prédio do NASS estar situado no estacionamento do HC UFPE, busca-se manter institucionalmente com o hospital das clínicas uma relação de cooperação.

A seguir apresenta-se o referencial teórico que deu suporte a esta pesquisa, sendo abordados os seguintes temas: ordens e lógicas institucionais e as lógicas institucionais dos campos da atenção à saúde e da educação médica por entender que são fundamentais para a melhor compreensão do problema contextualizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta parte serão apresentados os principais conceitos que compõem a fundamentação teórica para o desenvolvimento desta pesquisa. Uma vez que o objetivo central deste trabalho é analisar como as múltiplas lógicas institucionais conformam a atual reforma do HC UFPE, entende-se importante apresentar algumas discussões seminais e atuais sobre ordens, lógicas e interesses institucionais, assim como sobre lógicas institucionais dos campos da atenção à saúde e da educação médica.

2.1 Ordens e lógicas institucionais

Iniciadores da corrente das lógicas institucionais, Friedland e Alford (1999, p. 314) afirmam que não é possível a compreensão do comportamento individual e das organizações sem situá-los no seu contexto social. Os autores (1999, p. 304) propõem uma concepção “não funcionalista de sociedade como um sistema interinstitucional potencialmente contraditório”. Tal posição contraria os dois rumos que tomaram as ciências sociais, um para o indivíduo utilitarista e outro para a organização orientada para o poder.

Neste sentido, a sociedade é concebida como um “sistema interinstitucional” constituído por instituições ou ordens institucionais, vide Figura1(2). Por sua vez, as instituições são entendidas como “padrões superorganizacionais de atividade, por meio dos quais os homens conduzem sua vida material no tempo e no espaço, e ao mesmo tempo como sistemas simbólicos por meio dos quais atribuem uma categoria a esta atividade e lhe outorgam um significado” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 294). Essa influência externa das instituições sobre os comportamentos não se dá de forma determinista, pois, como são contraditórias em potencial, tais instituições colocam “à disposição” múltiplas lógicas que ao serem aproveitadas pelos indivíduos e organizações transformam as relações institucionais da sociedade, podendo apontar para a perspectiva de mudança.

Nesta perspectiva, Friedland e Alford (1999, p. 305) vão mais adiante e defendem que “a análise institucional deve ocorrer a partir das relações entre as instituições e seus elos de dependências e contradições”. E reforçam que o capitalismo em si já tem uma base

contraditória em função de se constituir na propriedade privada e na exploração do trabalho de assalariados, como também externamente de estabelecer liames contraditórios com o Estado, a democracia e a família. Numa outra passagem, Friedland e Alford (1999, p. 294) consideram que “[a]s principais instituições da sociedade contemporânea são interdependentes e, ainda assim, contraditórias”, o que mostra a possibilidade de elas também se reforçarem.

Figura 1 (2) – Sistema interinstitucional



Elaboração própria.

Fonte: Friedland e Alford (1999); Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012); Dunn e Jones (2010).

Esses autores (1999, p. 314) indicam como ordens institucionais centrais das sociedades ocidentais: a) o capitalismo; b) o Estado burocrático; c) a democracia; d) a família; e e) a religião. Cada uma dessas ordens possui “uma lógica central com um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas” própria. Segundo Greenwood et al. (2011), as lógicas institucionais proporcionam os princípios predominantes da sociedade e são prescrições sociais persistentes que condicionam a ação social.

Destaca-se que Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012) enfatizaram que as lógicas institucionais são apresentadas por alguns autores como simbólica e estrutural (como por exemplo, para Friedland e Alford) e por outros como estrutural e normativa. Eles defendem que as três perspectivas são relevantes e se complementam. Para Scott (2008), diferentes

tipos de profissionais combinam de forma variada os pilares institucionais cultural-cognitivo, normativo e regulador. Assim, alguns operam principalmente na criação de novos sistemas conceituais, outros enfatizam a elaboração de conjuntos de regras normativas e outros, ainda, exercem substancial influência na construção de marcos regulatórios.

Friedland e Alford (1999, p. 314) conceituam lógica institucional como o conjunto de práticas materiais e de construções simbólicas que constituem os princípios de organização da ordem institucional e apresentam as lógicas institucionais de cada uma das cinco ordens institucionais, por eles identificadas como “as ordens mais importantes das sociedades ocidentais contemporâneas”, desse modo,

A lógica institucional do capitalismo é a acumulação e a mercantilização da atividade humana. [...] do Estado é a racionalização e a regulação da atividade humana por meio de hierarquias legais e burocráticas. [...] da democracia é a participação e a ampliação do controle popular sobre a atividade humana. [...] da família é a comunidade e a motivação da atividade humana por meio da lealdade incondicional a seus membros e suas necessidades reprodutivas. [...] da religião ou ciência neste caso, é a verdade (p. 314).

No Quadro 1 (2) tem-se a representação das ordens e suas lógicas institucionais correspondentes de acordo com Friedland e Alford (1999).

Quadro 1 (2) - Lógicas centrais das ordens institucionais de Friedland e Alford

Capitalismo	Acumulação e mercantilização da atividade humana.
Estado	Racionalização e regulação da atividade humana através da burocracia.
Democracia	Participação e ampliação do controle popular sobre a atividade humana.
Família/comunidade	A comunidade e a motivação da atividade humana por meio da lealdade incondicional a seus membros e suas necessidades reprodutivas.
Religião/ciência	Busca da verdade e a construção simbólica da realidade dentro da qual se realiza a atividade humana.

Elaboração própria.

Fonte: Friedland e Alford, 1999.

Thornton e Ocasio (1999, p. 804) definem lógicas institucionais como sendo “padrões históricos de práticas materiais, pressupostos, valores, crenças e regras, socialmente construídos pelas quais as pessoas produzem e reproduzem a sua subsistência material, organizam-se no tempo e no espaço e dão sentido a sua realidade social”. Após

alguns estudos, estes autores fizeram uma revisão e mantiveram como setores institucionais importantes da sociedade o Estado, a família, as religiões, a comunidade, o mercado (capitalismo) e acrescentaram as corporações (empresas) e as profissões, porém retiraram a democracia. Parece-nos mais apropriado não acrescentar as corporações como ordem institucional à parte e, sim, considerá-las apenas como um tipo específico de organização. Sintetizando, no modelo inicial de Friedland e Alford (1991, 1999) e na proposta de Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012), tem-se como ordens institucionais da sociedade: Capitalismo, Estado, Democracia, Família, Religião/Ciência, Comunidade e Profissão.

A abordagem teórica de lógicas institucionais fornece possibilidades para a pesquisa em vários níveis de análise. Para Friedland e Alford (1991), o foco está em lógicas em nível social e seus efeitos sobre o indivíduo e as organizações. Para Thornton e Ocasio (2008), lógicas institucionais podem se desenvolver em uma variedade diferente de níveis como, por exemplo, organizações em mercados, indústrias, campos organizacionais, ampliando as possibilidades de objetos de análise.

Greenwood et al. (2010) comentam que, para Friedland e Alford (1991), as lógicas são hierárquicas na forma: campos organizacionais e indústrias podem ter suas próprias lógicas, mas estas estão aninhadas dentro das "instituições centrais do Ocidente capitalista contemporâneo" (FRIEDLAND; ALFORD, 1991, p. 232). Eles também consideram o trabalho de Thornton (2004) como a aplicação mais desenvolvida dessa concepção de "hierarquia aninhada" e citam como ela é formulada: "a sociedade ocidental é composta de múltiplas ordens institucionais ou setores da sociedade, cada um dos quais tem uma lógica central - práticas materiais e símbolos que compõem seus princípios vigentes e que estão à disposição da elaboração de indivíduos e organizações" (THORNTON *apud* GREENWOOD et al., 2010, p. 522).

Embora teoricamente Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012) mencionem vários níveis de análise, de acordo com Zilber (2013), seu argumento central salienta o poder das lógicas que governam os entendimentos e os comportamentos de atores individuais e coletivos no interior de um campo organizacional particular.

Na próxima seção, procura-se identificar as principais lógicas atuantes nos campos da atenção à saúde e da educação médica.

2.2 As lógicas institucionais dos campos da atenção à saúde e da educação médica

Antes de desenvolver o conceito de lógicas institucionais juntamente com Friedland (FRIEDLAND; ALFORD, 1991), Alford (1975) havia realizado uma pesquisa sobre o campo da atenção à saúde em Nova Iorque, focalizando os “interesses estruturais” de três segmentos desse campo: o do monopólio profissional da medicina, o dos racionalizadores corporativos e o da comunidade. Esses segmentos encontram-se representados na tipologia de lógicas institucionais de Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012).

Assim, Robert Alford apresenta na década de 70 a Teoria de interesses estruturais de acordo com o estudo realizado para elucidar as interações entre médicos, gestores e pacientes/comunidade. Ele propõe uma diferenciação entre o conceito de interesse ou grupos de interesses que aguardam uma chance para apresentar demandas oportunas ou por necessidade às autoridades competentes e os interesses estruturais, denominação que o autor achou mais adequada e que se refere “em termos de até que ponto os interesses [servem ou] são servidos ou não pela maneira em que se ‘encaixam’ nas lógicas e princípios pelos quais as instituições da sociedade operam” (ALFORD, 1975, p. 13-14).

Neste sentido, ele identificou três categorias de interesses estruturais: dominantes, desafiadores e reprimidos. Os interesses dominantes são aqueles “servidos” ou que servem às estruturas das instituições sociais, econômicas e políticas, do modo que como eles existem em determinado momento, e por isso mesmo, eles não necessitam se organizar e agir para defender os seus interesses (ALFORD, 1975, p. 14).

Também em relação aos interesses estruturais, Williamson (2008) realizou um trabalho sobre cuidados de saúde, políticas e mudanças propostas no NHS – Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, com foco nos estudos das convergências e dos conflitos de interesses entre as principais categorias de portadores de interesses, a saber: médicos, racionalizadores corporativos e pacientes. A autora ainda afirma que “grupos dominantes na área de saúde têm autoridade para definir os significados da doença e cuidados de saúde e para assegurar o cumprimento com as suas próprias políticas ou de vetar políticas de outros portadores de interesses” (2008, p. 512).

No entanto, mudanças internas e externas, como por exemplo, “as mudanças tecnológicas, a divisão do trabalho na produção e a distribuição de cuidados de saúde e as

recompensas mudando para grupos e classes sociais” geram novos interesses que Alford (1975, p. 15) denominou de interesses estruturais racionalizadores.

Williamson (2008, p. 512) pontua que os interesses desafiadores são mantidos por racionalizadores corporativos, no caso da área de saúde por “funcionários públicos em departamentos de saúde do governo” que realizam ações/políticas “visando o uso racional de recursos para populações definidas de pacientes”. Nesta direção, burocratas e gerentes executivos são racionalizadores corporativos e possuem valores e interesses semelhantes. Esses valores relacionam-se ao uso eficaz de recursos, à padronização, à previsibilidade, à regulação, à auditoria e ao controle – este controle sobre o trabalho profissional e clínico dos médicos.

De outro modo, os interesses reprimidos são mantidos pelo paciente, pela comunidade e pelos defensores de equidade no atendimento à saúde da população mais carente. E foram nomeados de reprimidos pela dificuldade de se encontrar pessoas para defender os interesses dos pacientes e/ou do público em geral nas políticas e/ou órgãos de decisões nos mais diversos níveis do sistema em saúde nos Estados Unidos, assim como possivelmente ocorre em outros países. Inclusive, contesta-se a real participação dos referidos atores dos interesses estruturais reprimidos nas políticas de saúde de modo geral (WILLIAMSON, 2008, p. 513).

Os interesses estruturais reprimidos são opostos aos dominantes, independente de que ocorram conflitos entre estes, e diz respeito aos interesses da população/comunidade pobres, dos negros dos guetos, da classe média que tem rendimento um pouco acima do requisito máximo de rendimento para obter o Medicaid (Sistema de seguro de saúde financiado pelos Estados Unidos para as pessoas mais pobres), dos bairros pobres a tal ponto que nenhum médico queira trabalhar lá, além dos defensores da equidade no cuidado à saúde. Estes são considerados interesses estruturais “negativos porque há instituições sociais ou mecanismos políticos na sociedade para assegurar que esses interesses são servidos”. Por outro lado, ao contrário da energia dispendida pelos interesses dominantes (que não precisa gerar mais energia, pois estes estão lá dominando), os interesses reprimidos exigem que grandes quantidades de energias políticas e organizacionais sejam mobilizadas para contrabalançar as desvantagens inerentes à sua situação e notadamente precisam mobilizar a opinião pública – caso contrário não serão percebidos (ALFORD, 1975, p. 15).

No Brasil, em se tratando de SUS ocorre a cada 04 anos, desde a década de 70, as Conferências de Saúde, em nível nacional, com a participação de movimentos sociais,

entidades ligadas à área de saúde, gestores e prestadores de saúde, trata-se de um espaço para garantir as necessidades da população e para ampliar a participação da sociedade (<http://conselho.saude.gov.br>).

Williamson (2008, p. 512-513) sublinha que no Reino Unido os representantes dos interesses estruturais reprimidos são os pacientes e o público e destaca o aumento do número de pessoas participando de órgãos consultivos, porém os interesses ainda são reprimidos, seus defensores são chamados ativistas ou representantes dos pacientes. A autora ainda questiona os níveis de participação e engajamento desses representantes e considera que o conhecimento especializado e a experiência com esses serviços de saúde são fundamentais para a boa atuação e para saber quem pode falar por cujos interesses, desse modo se evitaria a nomeação de pessoas inaptas para o nível de trabalho exigido no grupo. E encerra apontando que “temas sensíveis”, como saúde mental, e aqueles que a equipe não poderia resolver são frequentemente escondidos dos pacientes, assim como algumas políticas e práticas, a exemplo da possibilidade de se coletar e guardar o próprio sangue para ser usado a posteriori na própria cirurgia eletiva.

Num estudo empírico sobre o campo organizacional da assistência médica na área da Baía de São Francisco (EUA), Scott, Mendel e Pollack (2000) identificaram, a partir de uma perspectiva institucionalista, três períodos principais da evolução desse campo ao longo de cinquenta anos. Esses períodos foram intercalados por “dramáticas mudanças” nas categorias de atores que exercitam controle e nos mecanismos empregados (SCOTT, 2008, p. 204).

Os resultados apontaram para lógicas dominantes que se estabeleceram nestes três períodos sendo que nenhuma lógica substituiu a outra; as três lógicas foram associadas a diferentes tipos de atores, e as contradições e os conflitos gerados entre elas diminuíram significativamente a coerência e a estabilidade da estrutura do campo. De início, conforme resume o autor (2008), na primeira metade do século XX, o campo da atenção à saúde esteve sob firme controle de um grupo profissional hegemônico – os doutores da Medicina.

O segundo período, em meados da década de 1960, após a aprovação do *Medicare* (Sistema de seguro de saúde financiado pelos Estados Unidos para os idosos) e do *Medicaid*, de uma hora para a outra o Estado se tornou o maior adquirente isolado de serviços para casos graves e para as despesas hospitalares. Como consequência, as autoridades públicas tornam-se cada vez mais ativas na regulação dos serviços de saúde. A força normativa da classe médica, embora enfraquecida, permaneceu atuante, mas agora dividindo o poder com os órgãos públicos reguladores.

O terceiro período se inicia com a década de 1980, quando práticas de contenção de custos foram introduzidas com base em “pressupostos econômicos neoliberais referentes à eficácia de abordagens orientadas para negócio e baseadas no mercado” (SCOTT, 2008, p. 204). Foram implantados sistemas de assistência voltados para o lucro com controles gerenciais mais rígidos e com incentivos para os pacientes consumirem menos serviços e para os provedores de serviços restringirem os tratamentos. Assim, mecanismos empresariais e gerenciais foram acrescentados ao misto pré-existente de controles profissionais e públicos. Este último período coincide com a “onda de privatizações que varreu o mundo capitalista a partir dos anos 1970” e que fez com que, em muitos países, a saúde e a educação deixassem de ser fornecidos como bens públicos (HARVEY, 2013, p. 295).

Conforme observa Andreazzi (2013), a saúde, na atualidade, tornou-se um setor econômico de importância não só para os países dominantes, cujas empresas de medicamentos e equipamentos, e planos de saúde, constituem oligopólios que atuam em mercados antes constituídos pelo pequeno capital. Também no Brasil, por exemplo, se formam grandes cadeias de laboratórios financeirizados. Conforme essa autora (2013, p. 282), são reais no país hoje as ameaças à universalidade do direito à saúde e à gratuidade do sistema público, assim como “a acelerada mercantilização da atenção à saúde, subordinada progressivamente aos interesses dos grandes capitais internacionais e seus sócios internos”.

Checkland, Harrison e Coleman (2009, p. 620) em seus estudos sobre a prática baseada em comissionamento no NHS – Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido se posicionaram de maneira crítica quanto às categoriais originais propostas por Alford (1975) e sugerem que as novas estruturas criadas no NHS desde 2002 privilegiam interesses que eles chamaram de “monopolistas corporativos” e os interesses desafiadores denominaram de “racionalizadores profissionais”. Neste contexto específico, o interesse estrutural dominante composto pelos hospitais pode ser denominado de “monopólio corporativo”. Segundo os autores, os hospitais são monopolistas sob essa estrutura porque a sua capacidade de definir sua carga de trabalho e renda, combinada com a relutância dos pacientes em se deslocarem para outros locais mais distantes para receber um atendimento mais rápido e de comissários para desestabilizar os serviços locais, dá-lhes um monopólio em um contexto onde o mercado tem sido visto como o caminho natural para organizar os serviços de saúde. Por outro lado, o interesse desafiador é profissional, na medida em que é liderado por médicos que têm tanto o conhecimento clínico como a vontade para desafiar os hospitais.

Reay e Hinings (2009, p. 630) investigaram um campo organizacional através de análise de lógicas institucionais no campo de tratamento de saúde em Alberta, no Canadá, em 1994, quando o governo introduziu uma nova lógica de cuidados de saúde “como um negócio” com o objetivo de aumentar a eficiência e “fazer mais com menos”. Os autores salientam que lógicas institucionais concorrentes fizeram-se presentes por um longo período de tempo e em seus achados constataram que estas podem coexistir, e a rivalidade entre elas podem ser gerenciadas através do desenvolvimento de relações de colaboração. Naquele período os médicos foram apontados como fonte de problemas e de fatores de custos significativos e, por conseguinte, foram legislativamente excluídos de cargos de diretoria nas autoridades recém-criadas, as Regionais de Saúde (RHA's - *Regional Health Authorities*).

A inserção dessa nova lógica de cuidados de saúde empresarial foi um desafio direto à lógica anteriormente dominante do profissionalismo médico. A partir daí, instauram-se lógicas institucionais que competem entre si, cada uma com seus diferentes princípios de organização e com um novo conjunto de comportamentos para os atores dentro do campo. Os médicos não concordaram com a nova lógica estabelecida, não estavam convencidos de que o atendimento ao paciente devesse ser estabelecido com base em determinações do governo em função da relação custo benefício e nem que sua prática profissional deveria ser assim determinada (REAY; HININGS, 2009).

Para os autores (2009), alguns estudos apontam algumas situações em que lógicas concorrentes continuaram a coexistir por um longo período de tempo (LOUNSBURY, 2007; REAY; HININGS, 2005). Porém, apesar de esses estudos reconhecerem tais situações, eles não fornecem elementos sobre como essas lógicas se sustentam, ou seja, não é clara a forma como a existência de múltiplas lógicas em nível de campo pode se traduzir em estabilidade para os atores e o trabalho que realizam no seu dia a dia.

Ainda de acordo com Reay e Hinings (2005, 2009), devido a uma “trégua”, os médicos continuam a seguir a lógica do profissionalismo médico mesmo após 14 anos da introdução da nova lógica. Estes realizam a sua prática profissional dentro do sistema que deixa seguir em frente, os pacientes recebem os diagnósticos e os tratamentos e as duas lógicas continuaram a coexistir e nenhuma pode ser considerada dominante. Desta forma, os autores concluem que os interesses concorrentes dos atores podem estar ligados a diferentes lógicas institucionais coexistentes que são sustentadas pelos acordos de colaboração e assim fazem as seguintes proposições (REAY; HININGS, 2009, p. 645-647):

- a) Quando ocorre a coexistência de lógicas concorrentes em um campo organizacional, atores guiados por diferentes lógicas podem gerenciar a rivalidade através de colaborações que mantêm a independência, mas apoiam a realização de objetivos mútuos.
- b) Ao competirem, lógicas institucionais coexistem em um campo organizacional e os atores guiados por lógicas diferentes podem manter fortes identidades separadas e se engajarem em colaborações que atingem resultados mutuamente desejáveis e, assim, podem sustentar as lógicas coexistentes.
- c) Quando a rivalidade entre as lógicas concorrentes é resolvida através da colaboração em níveis micro, atores de nível macro irão desenvolver estruturas em nível de campo para apoiar a coexistência de múltiplas lógicas.

Segundo Dunn e Jones (2010, p. 114), a maior parte dos estudos focaliza a mudança institucional como uma substituição de uma lógica por outra. No entanto, as profissões que operam numa diversidade de esferas institucionais muitas vezes têm lógicas plurais e, conforme estudo realizado sobre o campo da educação médica, elas identificaram duas lógicas centrais que persistem ao longo do tempo, ou seja, a lógica dos cuidados da saúde e da ciência. A pesquisa utilizou fontes de arquivos de 1910 a 2005 e revelou que as referidas lógicas são mantidas por grupos e interesses distintos, que flutuam ao longo do tempo e criam tensões dinâmicas sobre questionamentos acerca da educação dos futuros profissionais. Apresenta ainda que a concorrência com a saúde pública, a contestação entre os médicos, o aumento da atenção gerenciada e o crescente número de alunas nas escolas médicas estão associadas à maior atenção à lógica do cuidado, enquanto que as diferentes missões organizacionais das escolas médicas estão associadas à redução da atenção para a lógica da ciência.

Lounsbury (2007) analisou a difusão prática em um ambiente onde havia lógicas concorrentes, especificamente investigou como *trustee* e lógicas de desempenho foram enraizadas em diferentes locais (Boston e Nova York). Para o autor, este foco em lógicas concorrentes redireciona a pesquisa institucional longe do isomorfismo e da segregação das forças institucionais e técnicas para uma apreciação de várias formas de racionalidade subjacente à mudança de campos organizacionais. Duas fases dominantes de difusão e de investigação sobre instituições, organizações e profissões foram discutidas. Assim, a pesquisa sugere que mais atenção deve ser dada às origens e à estruturação de lógicas e como elas moldam as práticas, bem como que a multiplicidade de atenção associada com o

pluralismo institucional pode resultar em conflito aberto, no qual os segmentos da profissão procuram ativamente a mudança (LOUNSBURY, 2007; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012).

Suddaby e Greenwood (2005, p. 61) destacam o papel da retórica na legitimação de mudanças profundas em um estudo realizado numa empresa de contabilidade, a *Big Five*, após a mesma adquirir um escritório de advocacia, o que desencadeou uma luta sobre os limites de jurisdição, a nova forma de organização e as parcerias multidisciplinares. A observação fundamental foi que a retórica usada para legitimar a ou opor-se à mudança na forma organizacional expõe e explora a contradição inerente contida na tensão entre "valores fundamentais" e "interesses comerciais". Os autores reforçaram que ao longo do tempo, no entanto, a aparente unidade de tais contradições não pode ser sustentada e as tensões de oposição que sustentam uma lógica tornaram-se evidente, ou seja, apontam que as tensões dentro de uma profissão não podem ser sustentadas ao longo do tempo (SUDDABY; GREENWOOD, 2005; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012; FORD; FORD, 1994).

Dunn e Jones (2010) justificaram o estudo acerca das múltiplas lógicas institucionais docentes em escolas médicas porque, segundo as mesmas, a profissão médica tem experimentado mudanças profundas ao longo das últimas quatro décadas. E acrescentam que a medicina americana reside em um nexo de ciência e prática clínica, bem como a relação social e econômica entre o paciente e o médico. Além disso, os currículos em escolas profissionais são limitados pelo tempo, assim lógicas podem competir pela atenção e os docentes devem tomar decisões sobre o que são importantes e quais valores são centrais, e que lógicas devem ser ensinadas para orientar os futuros profissionais.

A questão pedagógica fundamental envolve como equilibrar a necessidade de ensinar a ciência médica básica com a necessidade de treinar estudantes de medicina nas habilidades necessárias para exercer a profissão (BUCHER; STRAUSS, 1961 apud DUNN; JONES, 2010). Foram examinadas as relações entre lógicas dentro da educação médica, porque as escolas médicas residem nos interstícios de duas esferas institucionais – a acadêmica, que compreende várias profissões, e os cuidados de saúde, o que inclui profissões e indústrias. Assim, a educação médica enfrenta o pluralismo institucional e também desempenha uma função de norteadora crítica para a profissão. Ela é o ponto de entrada para os profissionais e a fornecedora de profissionais para as organizações. A educação profissional é o momento chave para lutas que podem revelar o que provoca a mudança na profissão de modo mais amplo, porque é ali que se moldam os valores, as

suposições e as identidades das próximas gerações de profissionais (DUNN; JONES, 2010).

Com relação à ciência e à lógica de cuidados na educação médica americana tem-se que a prática médica tem experimentado profundas alterações (SCOTT, 2008; REAY; HININGS, 2005, 2009) o que nos permite ter uma visão sobre como as lógicas de uma profissão e suas relações evoluem com o tempo. Ao longo de sua história, a profissão médica tem tido múltiplas lógicas, ou múltiplas maneiras de definir os meios pelos quais os "cuidados de qualidade" são melhor realizados (DUNN; JONES, 2010).

É pertinente saber se uma lógica domina a atenção dos profissionais ou se múltiplas lógicas recebem relativamente igual atenção. Historicamente, a profissão de medicina deriva sua autoridade e legitimidade de seu conhecimento científico (FRIEDSON, 1970; STAR, 1982 apud DUNN; JONES, 2010). De modo geral, a lógica científica se concentra no conhecimento das doenças construídas através da investigação e dos tratamentos inovadores, enquanto uma lógica de cuidados destaca habilidades clínicas dos médicos usados para tratar pacientes e melhorar a saúde da comunidade (DUNN; JONES, 2010).

Para Williamson (2008, p. 513), os indivíduos reais, como distintos dos tipos ideais, podem manter posições diferentes e mistas, dependendo de seus alinhamentos (não necessariamente, objetivamente definidos ou conscientes) em relação ao seu papel no serviço de saúde e em questões específicas. Como por exemplo, médicos podem sentir a tensão entre os valores da profissão e os valores "práticos" (burocrático); podem a partir de papéis gerenciais promoverem a racionalização; outros cumprem com as políticas corporativas racionalistas, enquanto reclamam sobre elas em particular. Então, os alinhamentos dos indivíduos podem ser obscuros. A autora (2008) lembra o argumento de Alford a respeito de que os portadores de interesses, às vezes, suportam alguns dos interesses de outros grupos, mesmo quando esses interesses são aparentemente contraditórios com os do seu próprio grupo. Ela exemplifica que na medida em que os médicos sejam portadores de interesses dominantes, os racionalizadores corporativos e defensores dos pacientes devem ganhar seu apoio para mudanças nas políticas e práticas. Neste sentido, as posições mistas e a confusão sobre alinhamentos, às vezes, dificultam, às vezes facilitam a compreensão sobre as posições dos indivíduos e/ou grupos.

Em relação ao dualismo das instituições educacionais, por serem simultaneamente foco de forças endógenas e de mudanças profissionais, Dunn e Jones (2010, p. 141) consideram importante à interação entre "forças exógenas, diferenciação intraprofissional, e as forças competitivas jurisdicionais interprofissionais" para explicar a mudança na lógica

dentro de uma profissão. Embora a distinção entre “forças endógenas e exógenas” de mudança seja um pouco artificial e imprecisa para se separar teoricamente, ambas são úteis para a compreensão de mudanças nas lógicas em uma profissão plural.

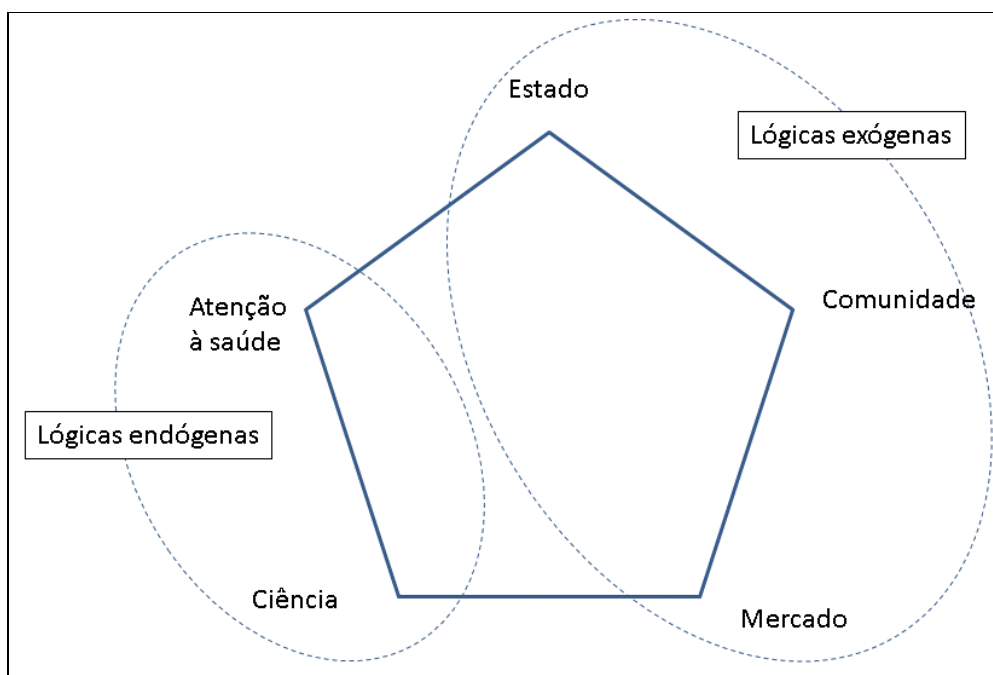
No Brasil, de acordo com Médici (2001), os HUs desempenham um papel fundamental no ensino acadêmico em diversas profissões na área de saúde, em particular, para a prática médica, apesar de haver um crescente número de instituições não universitárias que atuam também neste setor. Conforme pesquisa realizada em mais de 22 países, o autor (2001, p. 150) destaca que o hospital universitário refere-se a:

um centro de atenção médica de alta complexidade que tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa; atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos.

Em seu artigo sobre a EBSEH e a respeito dos impactos sobre o ensino médico, Andreazzi (2013, p. 281) afirma que a busca da eficiência pode afetar os resultados das políticas e dos serviços. Aponta que o controle de custo pode ocorrer num hospital desde a entrada até a alta do paciente. Neste sentido, o controle de custo pode interferir nos tipos de casos que o hospital escolherá para trabalhar, e desse modo poderá não atender às necessidades da população, e assim “agravar um padrão de ensino enviesado. O interesse mercantil distorce a prática médica numa série de situações que serão tornadas a norma quando associadas ao padrão de reprodução dos conhecimentos e práticas num hospital de ensino”.

Dunn e Jones (2010) destacam que estudiosos (como por exemplo, THORNTON; OCASIO, 1999; SCOTT et al., 2000; NIGAM; OCASIO, 2010) muitas vezes examinam a mudança como um efeito em determinado período, segundo o qual uma sacudida ou contínuas forças exógenas em uma nova lógica dominante podem efetivamente separar um período relativamente estável de crenças de outro. Para as autoras, as instituições de ensino são focos de forças exógenas e mudanças profissionais, destacando a natureza dual das escolas profissionais. Em seus estudos geraram hipóteses para prever quais as forças profissionais e exógenas influenciavam a ênfase colocada na lógica da ciência e do cuidado e as relações entre elas, como elas competem por atenção nas escolas médicas.

Figura 2 (2) – Lógicas endógenas e exógenas no campo da educação médica



Elaboração própria.

Fonte: Friedland e Alford (1999); Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012); Dunn e Jones(2010).

De acordo com o exposto e baseando-se nos estudos realizados, pode-se afirmar que as principais ordens institucionais no campo da educação médica são: a profissão, o capitalismo (mercado), o Estado e a comunidade e serão estas que embasarão este trabalho, vide Figura 2 (2). Considera-se ainda que a profissão seja uma ordem institucional sujeita às influências de forças endógenas como a ciência (conhecimento) e a atenção à saúde (cuidado da saúde), e de forças exógenas tais como o mercado (capitalismo), a comunidade e o Estado (DUNN; JONES, 2010; FRIEDLAND; ALFORD, 1999; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012). E será esta a lente teórica que servirá de base para o presente estudo.

No próximo capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos que foram realizados para responder aos objetivos específicos e conseqüentemente a pergunta de pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta parte apresenta-se como foi realizada a pesquisa no que diz respeito ao delineamento, à definição de campo, à seleção da amostra, às fontes, à coleta de dados, à análise e à validação dos dados, às definições constitutiva e operacional dos termos e aos limites e às limitações. Estes procedimentos metodológicos foram estabelecidos para atender aos seguintes objetivos específicos:

- a) analisar como as lógicas institucionais diretamente ligadas à profissão da educação médica contribuem para conformar a atual reforma do HC UFPE.
- b) analisar como as lógicas institucionais exógenas à profissão da educação médica contribuem para conformar a atual reforma do HC UFPE.

3.1 Características da pesquisa qualitativa

Para Merriam (2009) a pesquisa de natureza qualitativa tem como principal objetivo alcançar a compreensão do fenômeno, delineando o processo de construção de significados para as pessoas, em vez de o resultado ou o produto.

Neste sentido, é fundamental descrever como as pessoas interpretam o que elas experimentam. De outro modo, se a compreensão é o objetivo da pesquisa qualitativa, o pesquisador é o instrumento primário para a coleta e análise de dados, por sua capacidade de interação, que pode ser ágil, pela possibilidade de expandir a compreensão pela comunicação não verbal, explorar respostas incomuns ou imprevistas e verificar a exatidão da interpretação. Além destas, outras características da pesquisa qualitativa são ressaltadas, ou seja, flexível, envolvente e emergente, geralmente com amostra pequena em comparação à pesquisa quantitativa, não aleatória, intencional, e achados ricamente descritivos e abrangentes (MERRIAM, 2009).

A autora (2009, p. 14-16) ratifica que definir pesquisa qualitativa é algo complexo, e que diferentes autores enfatizaram características diferentes, embora haja certamente alguma sobreposição. Contudo, se pode afirmar que as quatro características a seguir são identificadas pela maioria dos autores como fundamentais para entender a natureza da pesquisa qualitativa. A primeira característica é o foco no significado e na compreensão. A

partir das filosofias do construtivismo, fenomenologia e interacionismo simbólico, pesquisadores qualitativos estão interessados em como as pessoas interpretam as suas experiências, como elas constroem seus mundos, qual significado elas atribuem às suas experiências.

A segunda refere-se à especificidade do instrumento. Na pesquisa qualitativa o próprio pesquisador é o principal instrumento para coleta e análise de dados. Uma vez que a compreensão é o objetivo desta pesquisa, o instrumento humano, que é capaz de ser imediatamente ágil e adaptável, parece ser o meio ideal de coleta e análise de dados. Outras vantagens são que o pesquisador pode expandir sua compreensão através da comunicação não verbal bem como da comunicação verbal, processar informação (dados) imediatamente, esclarecer e resumir um material, verificar com os entrevistados a exatidão da interpretação, e explorar respostas incomuns ou imprevistas. No entanto, o instrumento humano tem limitações e preconceitos que podem ter um impacto sobre o estudo. Ao invés de tentar eliminar essas distorções ou “subjetividades”, é importante identificá-las e monitorá-las sobre a forma como elas podem estar moldando a coleta e a interpretação de dados.

Outra característica é o processo indutivo que muitas vezes se faz imprescindível para a análise. Os pesquisadores qualitativos realizam um estudo qualitativo, porque há uma lacuna de teoria ou uma teoria existente não consegue explicar adequadamente um fenômeno. Assim, eles reúnem os dados para construir conceitos, hipóteses ou teorias em vez de testar hipóteses dedutivamente como na investigação positivista. Os pesquisadores qualitativos constroem frente à teoria a partir das observações e dos entendimentos intuitivos adquiridos no campo. Pedacos e partes de informações das entrevistas, observações ou documentos são combinados e ordenados em temas maiores, o pesquisador trabalha do particular para o geral. Normalmente, os resultados indutivamente derivados dos dados de um estudo qualitativo estão na forma de temas, categorias, tipologias, conceitos, hipóteses levantadas, e até mesmo teoria sobre um aspecto particular da prática.

Por último, o produto de uma pesquisa qualitativa é ricamente descritivo. Palavras e imagens, em vez de números, são usadas para transmitir o que o aprendeu sobre um fenômeno. É provável que sejam descrições do contexto, os participantes envolvidos e as atividades de interesse. Além disso, os dados sob a forma de citações de documentos, notas de campo e entrevistas participantes, trechos de fitas de vídeo, comunicação eletrônica, ou uma combinação destes são sempre incluídos em apoio às conclusões do estudo. Estas citações e trechos contribuem para a natureza descritiva da pesquisa qualitativa.

Neste sentido, dentre os tipos de pesquisa qualitativa utilizou-se neste trabalho o método de estudo de caso qualitativo pela necessidade de conhecer um fenômeno recente, ou seja, as múltiplas lógicas institucionais conformam a atual reforma do HC UFPE. Um estudo de caso é uma descrição aprofundada e a análise de um sistema limitado (*bounded system*). Este sistema limitado, ou caso, pode ser selecionado porque ele é uma instância de algum processo, questão ou preocupação. Há uma diversidade de métodos de coleta de dados que podem ser utilizados num estudo de caso, embora certas técnicas sejam mais utilizadas do que outras (MERRIAM, 2009).

Embora considere a sua definição de estudo de caso qualitativo como “uma descrição em profundidade e análise de um sistema limitado”, a autora (2009) é congruente com outras definições e sugere que os leitores podem achar uma definição detalhada em Creswell, e segundo este (2007, p. 73),

o estudo de caso é uma abordagem qualitativa em que o investigador explora um sistema limitado (um caso) ou múltiplos sistemas delimitados (casos) ao longo do tempo, através da coleta de dados em profundidade, detalhada, envolvendo múltiplas fontes de informação (por exemplo, observações, entrevistas, material audiovisual, documentos e relatórios), e relata uma descrição do caso e temas baseados em casos.

O estudo de caso pode ainda ser definido pelas suas características especiais. Estudos de caso qualitativos podem ser caracterizados como sendo particularista, descritivo e heurístico. Particularista significa que o estudo de caso se concentra em uma determinada situação, evento, programa ou fenômeno. O caso em si é importante pelo que revela sobre o fenômeno e pelo que pode representar. Esta especificidade de foco torna-o especialmente um bom projeto para problemas práticos - para perguntas, situações ou ocorrências intrigantes decorrentes da prática quotidiana. Descritivo indica que o produto final de um estudo de caso é uma rica, “densa” descrição do fenômeno em estudo. Heurístico denota que estudos de caso iluminam a compreensão do leitor do fenômeno em estudo. Eles podem proporcionar a descoberta de novo significado, estender a experiência do leitor, ou confirmar o que já é conhecido (MERRIAM, 2009, p. 43-44).

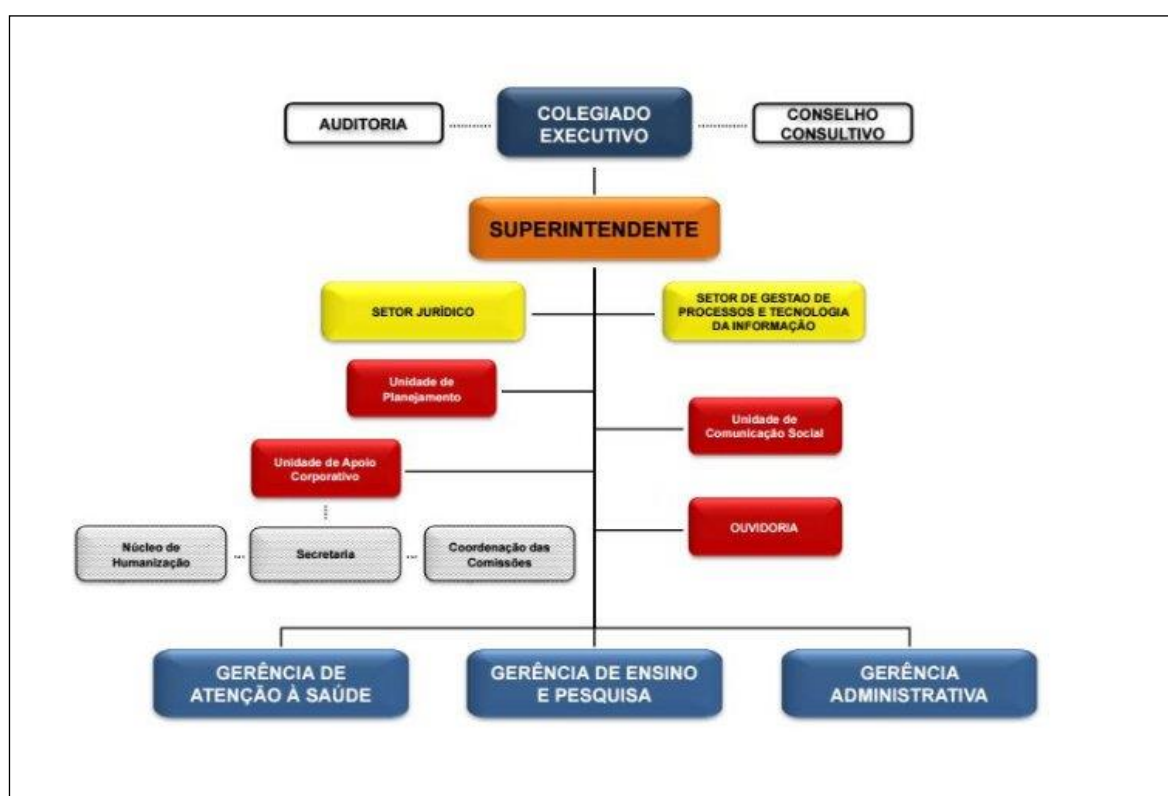
3.2 Objeto e amostra da pesquisa

Este estudo de caso foi realizado no HC UFPE. A proposta de construção do HC UFPE foi lançada na década de 50, no reitorado do Professor Joaquim Amazonas, mas sua

inauguração ocorreu em 1979, pelo Reitor Paulo Frederico do Rêgo Maciel, quando se iniciou a transferência de alguns setores do Hospital Pedro II, na Boa Vista, para o novo prédio localizado na Cidade Universitária, cuja transferência se encerrou no começo da década de 80 (HC UFPE, 2016).

O Hospital das Clínicas é um dos órgãos suplementares da UFPE diretamente subordinado ao Reitor para efeito de supervisão e controle administrativo. E conforme Figura 3 (3) abaixo é administrado por um superintendente, auxiliado pelo colégio executivo, conselho consultivo e auditoria; possui ainda três gerências sendo: a de atenção à saúde (GAS), a de ensino e pesquisa (GEP) e a administrativa financeira (GAF) (HC UFPE, 2016).

Figura 3 (3) - Organograma do Hospital das Clínicas da UFPE



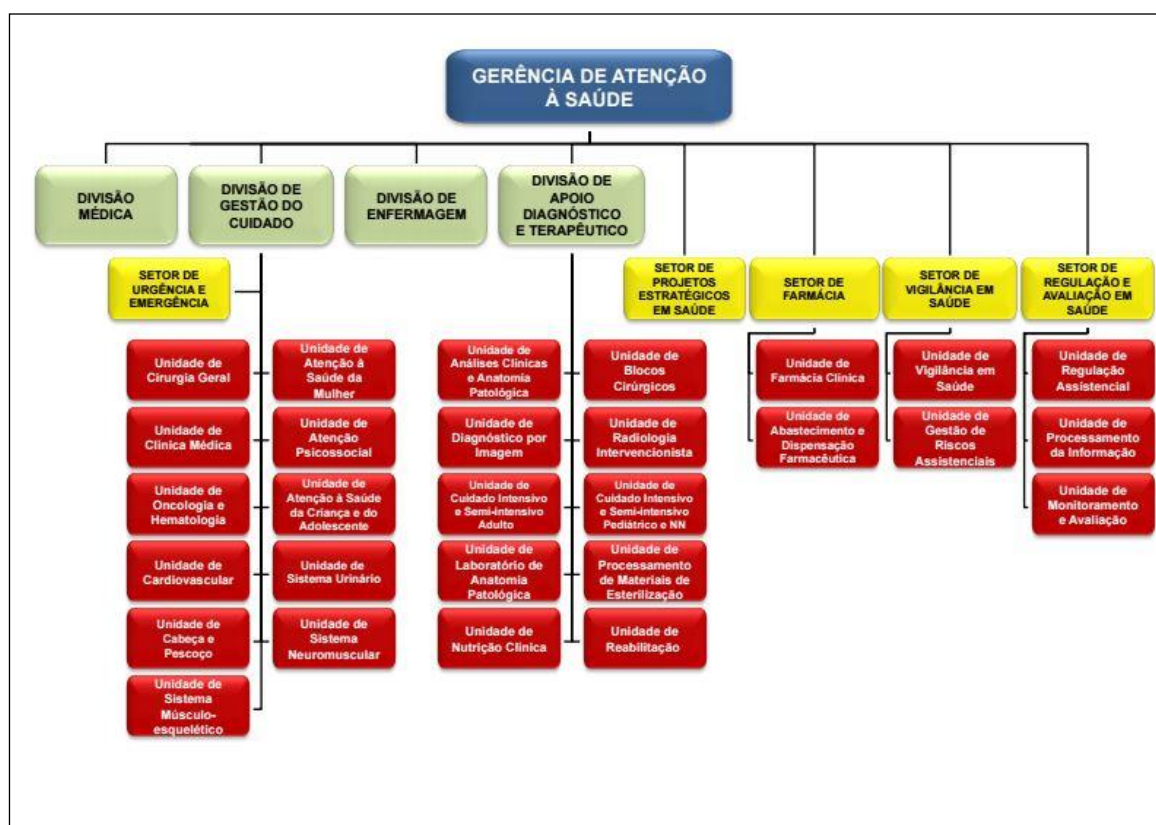
Fonte: Site EBSEH, 2016.

A missão do HC UFPE engloba atualmente, as atribuições de hospital escola, centro de pesquisas e prestador de serviços de saúde à população do Estado e da região Nordeste.

No âmbito do ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação e tem por objetivo servir de campo para a prática na formação de profissionais da graduação e da pós-graduação. Sendo assim, oferece Programas de Residência Médica, Enfermagem, Nutrição

e Residência Multiprofissional, único no país a disponibilizar especializações em sete áreas da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional). No âmbito da pesquisa, tem como foco desenvolver novos conhecimentos na área da saúde e afins. O HC UFPE tem excelência em tratamento de patologias de alta complexidade, e é um importante centro de realização de projetos de pesquisa, desenvolvimento de conhecimento e formação de profissionais. Considera-se como extensão universitária, a assistência prestada através do SUS, de média e alta complexidade, à população local e regional no atendimento ambulatorial e na internação (HC UFPE, 2016).

Figura 4 (3) - Organograma da gerência de atenção à Saúde do HC UFPE



Fonte: Site EBSEH, 2016.

O objetivo da Gerência de Atenção à Saúde (GES) é o cuidado com o paciente. Para isso, coordena a implantação de políticas de humanização da assistência ao paciente e monitora, através de indicadores a qualidade, os serviços do hospital assim como a integração entre os processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa. E conforme organograma, na Figura 4 (3), conta com as divisões: médica, de gestão do cuidado, de enfermagem, de apoio diagnóstico e terapêutico e os setores: de urgência e emergência,

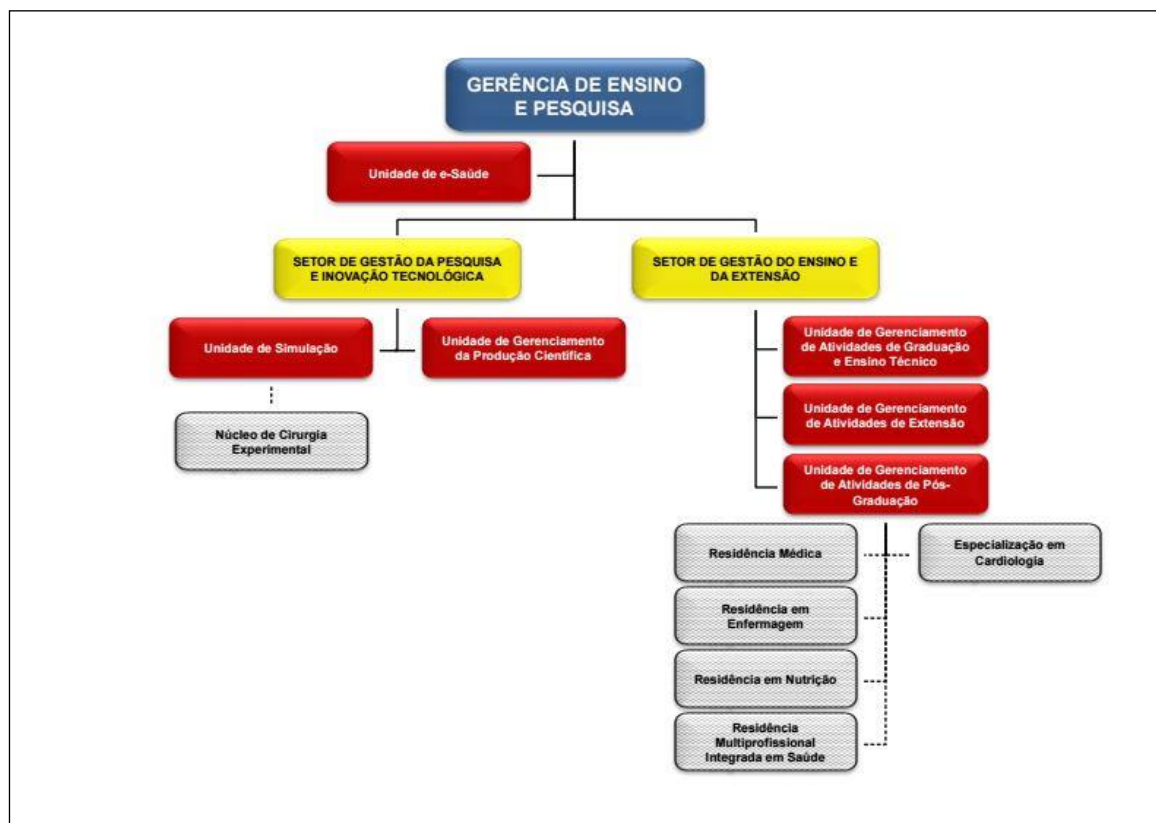
projetos estratégicos em saúde, farmácia, vigilância em saúde e de regulação e avaliação em saúde (HC UFPE, 2016).

O HC UFPE possui 27 habilitações para atendimentos especializados, recebendo títulos como Hospital Amigo da Criança, serviço de referência no atendimento de cardiologia intervencionista e tratamento de AIDS. O hospital atende, respeitando o direito de todo cidadão em receber assistência qualificada em saúde, exclusivamente pacientes do SUS, em mais de 40 especialidades, ou seja: Acupuntura; Alergia e Imunologia Geral; Angiologia; Cardiologia; Cirurgia Cabeça e Pescoço; Cirurgia Cardíaca; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Cirurgia Torácica; Cirurgia Vascular; Clínica Geral; Dermatologia; Doenças Infecto Parasitárias; Endocrinologia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Gastroenterologia; Geriatria; Ginecologia; Hematologia; Homeopatia; Mastologia; Medicina do Trabalho; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Nutrição; Obstetrícia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Proctologia; Psicologia; Psiquiatria (HC UFPE, 2016).

O objetivo da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) é gerenciar e consolidar ações de ensino, pesquisa e extensão do hospital de modo vinculado com a assistência e o ensino através do desenvolvimento de políticas de integração em conjunto com os departamentos e as pós-graduações da universidade. E apresenta como maior desafio a integração dos serviços do HC à missão da GEP, estimulando a produção científica e criando espaços de estudos adequados para alunos e colaboradores (HC UFPE, 2016).

De acordo com o organograma, na Figura 5 (3), a GEP passou a ter dois setores: um de gestão da pesquisa e inovação tecnológica em que estão as unidades de simulação, com o núcleo de cirurgia experimental (que atualmente possui um contrato com a Johnson e Johnson para trabalhos de simulação com os alunos), e a unidade de gerenciamento da produção científica; e, o outro setor, de gestão do ensino e da extensão que engloba as três unidades de gerenciamento das atividades de graduação e ensino técnico; de atividades de extensão; e, de pós-graduação. Nesta última unidade, estão as residências: médica, em enfermagem, em nutrição, em cardiologia e a multiprofissional integrada em saúde (HC UFPE, 2016).

Figura 5 (3) - Organograma da gerência de ensino e pesquisa do HC UFPE



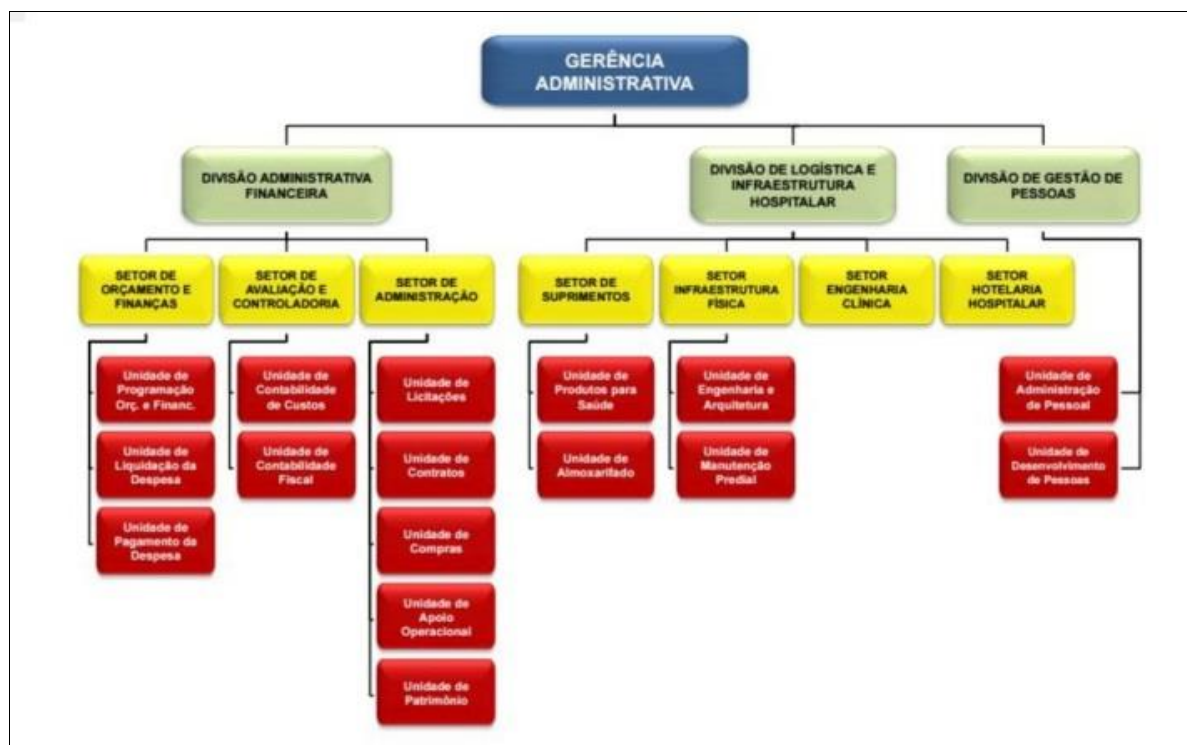
Fonte: Site EBSEH, 2016.

A Gerência Administrativa Financeira (GAF) é responsável por expedir instruções e demais atos necessários ao desempenho das atribuições do hospital. Também executa a programação financeira da unidade hospitalar, de acordo com os recursos repassados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, de convênios, contratos e outras agências financiadoras. Também é responsável pela assinatura de empenhos e autorização das folhas mensais dos empregados, supervisionando e controlando as atividades dos setores que lhes são subordinados, além de fiscalizar o andamento das atividades inerentes à sua área de atuação.

A GAF possui 03 (três) setores e 10 (dez) unidades administrativas, conforme Figura 6 (3), e é considerada a responsável pela consolidação do modelo de gestão apresentado pela EBSEH, para buscar a excelência, através das boas práticas de gestão e atendimento de todos os requisitos legais e éticos. Ressalta-se que a área administrativa passou por profunda transformação gerencial em 2014, consideram-se que houve aperfeiçoamentos das mudanças gerenciais implantadas em 2015. As melhorias na infraestrutura, iniciadas em 2014, avançaram em paralelo à consolidação do redesenho no modelo de gestão administrativa do HC UFPE/EBSEH, cujo principal objetivo era

racionalizar os fluxos, invertendo-os para um modelo eficaz e rápido, dando autonomia às ações do hospital (HC UFPE, 2016).

Figura 6 (3) - Organograma da gerência administrativa financeira do HC UFPE



Fonte: Site EBSEH, 2016.

No que se refere à força de trabalho, de acordo com o Relatório de Gestão do HC (2007-2013), em 2013 havia ao todo 2.080 pessoas lotadas no hospital sendo 1605 pelo Regime Jurídico Único (RJU) e os demais terceirizados ou cedidos de outros órgãos. Atualmente conta com 1.399 servidores pelo RJU e 722 empregados celetistas contratados pela EBSEH. Especificamente em relação ao quantitativo de médicos, conforme Quadro 2 (3), ingressaram no hospital através da EBSEH 196 médicos de diversas especialidades, sendo 90 em 2014 e 106 em 2015. Para 2016 tem-se a previsão de mais 62 contratações conforme Relatório de Gestão do HC UFPE (2015). Verifica-se o aumento significativo do número de médicos sendo a maioria pertencente ao regime celetista. Vale ressaltar que os 260 docentes do curso médico são lotados no CCS (UFPE, 2016).

Quadro 2(3) – Quantitativo de profissionais médicos atuantes no HC UFPE.

Profissional	2014	2015	Total em maio de 2016	Vagas a preencher em 2016
Médico (CLT)	90	106	196	62
Médico (RJU)	195	185	184	-
Total de médicos	285	291	380	62

Fonte: Relatório de Gestão do HC UFPE, 2015; UFPE/PROGEPE, 2016.

Segundo o relatório de Gestão (2016), no HC UFPE anualmente realiza-se em torno de 131 mil consultas, 11 mil internações, 4.500 cirurgias, 11.500 exames de alta complexidade, 308 mil de média complexidade, 266 mil exames laboratoriais. Os recursos do HC UFPE são oriundos do Fundo Nacional de Saúde/Sistema Único de Saúde (FNS/SUS), REHUF, EBSEH, recursos próprios e da UFPE, sendo que nos últimos três anos, não houve recursos oriundos da UFPE.

Na próxima seção apresenta-se a estratégia de amostragem desta pesquisa.

3.2.1 Amostra

Em relação à seleção da amostra, para este estudo de caso a estratégia de amostragem que se achou mais adequada foi a não-probabilística intencional ou proposital. De início, na amostragem intencional deve-se primeiro determinar quais os critérios de seleção são essenciais na escolha das pessoas ou locais a serem estudados. Nesta direção, os critérios definidos para amostragem intencional refletem diretamente o propósito do estudo e guia na identificação de ricas informações (MERRIAM, 2009).

A partir desta orientação tem-se como principal critério o interesse na opinião, ação, intenção dos entrevistados em relação ao objetivo deste trabalho. Sabe-se das limitações desta técnica e assim “Uma vez aceitas as limitações da técnica, a principal das quais é a impossibilidade de generalização dos resultados do inquérito à população, ela tem a sua validade dentro de um contexto específico” (MARCONI; LAKATOS, 2012, p. 38).

Para Merriam (2009, p. 81), “a amostra do estudo de caso precisa ser selecionada antes da coleta de dados ou enquanto os dados estão sendo coletados”. Neste sentido, a amostra desta pesquisa foi composta por gestores e ex-gestores do HC UFPE, do CCS e da UFPE e foi constituída por representantes que eram bem informados e tinham posições

definidas sobre os aspectos controvertidos do problema de pesquisa (COOPER; SCHINDLER, 2003).

Como fonte de opiniões contrárias à criação da EBSEH, foram analisadas as duas atas de reunião do Conselho Universitário que trataram sobre a EBSEH: a primeira sobre o diagnóstico a ser realizado no HC UFPE e a segunda sobre a adesão à EBSEH. A seguir apresentam-se as fontes e a coleta de dados.

3.3 Fonte e coleta de dados

As principais fontes de dados consistiram de documentos, observações e, especialmente, entrevistas que é uma das estratégias mais utilizadas em pesquisas qualitativas. Adotou-se a entrevista semiestruturada, articulando perguntas fechadas e abertas, o que permitiu ao entrevistador discorrer sobre o tema, tirar dúvidas, criar outra pergunta a partir da escuta, e não ficar preso àquelas perguntas previamente formuladas (DESLANDES; MINAYO; GOMES, 2012).

Para Gaskell (2008, p. 88), na entrevista qualitativa o “processo de pesquisa é circular e reflexivo (...) deve-se preparar um tópico guia, delinear uma estratégia para a seleção dos entrevistados, realizar e transcrever as entrevistas e analisar o corpus do texto”. Sabe-se que entrevista exige do entrevistador habilidade para facilitar e acompanhar todo o processo, ou seja, são fundamentais os aspectos como: o local (com frequência o entrevistado escolhe um ambiente familiar que lhe transmita segurança), a solicitação de permissão para gravar, para transcrever, para usar na dissertação, a forma de abordagem, o início, meio e fim da entrevista, a condução das pausas, do silêncio, choro se houver, sinais de omissão, reação de colaboração, indiferença, agressividade, a maneira como o entrevistado vai reagir à entrevista e elaborar a sua resposta, entre outros (CRESWELL, 2007).

Para este estudo foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas com um roteiro geral pré-estabelecido, mas passível de mudança conforme a fala do entrevistado (APÊNDICE A). As entrevistas ocorreram no ambiente de trabalho de cada entrevistado após agendamento prévio e durou em média 1 hora cada. Para fins de resultados, os entrevistados foram categorizados em E1 para o primeiro entrevistado, em E2 para o segundo entrevistado, e assim sucessivamente até E7. Foram realizadas 02 (duas) entrevistas em dezembro de 2015, 01 (uma) entrevista em fevereiro de 2016, e 04 (quatro)

em maio de 2016 de acordo com a disponibilidade dos gestores. No quadro 3 (3) tem-se o resumo dos procedimentos metodológicos realizados quanto ao método de coleta, fonte e método de análise para cada objetivo específico.

Quadro 3 (3) - Resumo dos procedimentos metodológicos para os objetivos específicos

Objetivos	Método de Coleta	Fonte	Método de Análise
Analisar como as lógicas institucionais diretamente ligadas à profissão da educação médica contribuem para conformar a atual reforma do HC UFPE.	Entrevista individual semiestruturada e observações.	Dados primários: a partir de documentos físicos e em sites, atas do Conselho Universitário da UFPE, observações e entrevistas realizadas com gestores e ex-gestores da UFPE, do CCS e do HC.	Análise de conteúdo
Analisar como as lógicas institucionais exógenas à profissão da educação médica contribuem para conformar a atual reforma do HC UFPE.			

Fonte: elaboração própria (2016).

Além das entrevistas e observações realizadas, foram analisados alguns documentos gerenciais, a saber: os Relatórios de Gestão 2007-2011; 2011-2013; 2014; 2015; e o Plano Diretor Estratégico (PDE) 2015, Atas do Conselho Universitário dos dias 23/04/2013 e 02/12/2013, e por fim, acessos aos *sites* do MEC, MS, CFM, HCPA, HC UFPE e da EBSEH. Na próxima seção apresenta-se como foi realizada a análise dos dados.

3.4 Análise dos dados

Tem-se como princípio que, numa pesquisa qualitativa, a análise é um complexo processo que envolve idas e vindas entre os dados e a teoria, entre o raciocínio indutivo e o dedutivo, entre descrição e interpretação. Conforme afirmação da autora, a maneira certa de fazer análise é simultaneamente com a coleta de dados. Sem esse cuidado, os dados tendem a serem repetitivos, desfocados e a formarem um volume “esmagador”. Os dados que são analisados enquanto coletados são “tanto parcimoniosos quanto iluminadores” (MERRIAM, 2009, p. 162). Neste sentido, o processo de análise dos dados deste estudo ocorreu de modo concomitante com a coleta de dados, isto é, assim que esta se iniciou realizaram-se as anotações das primeiras impressões e análises (MERRIAM, 2009; DESLANDES; MINAYO; GOMES, 2012) e assim subsequentemente.

A análise foi realizada através da técnica de análise de conteúdo que conforme Bardin (2009, p. 44) refere-se a

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

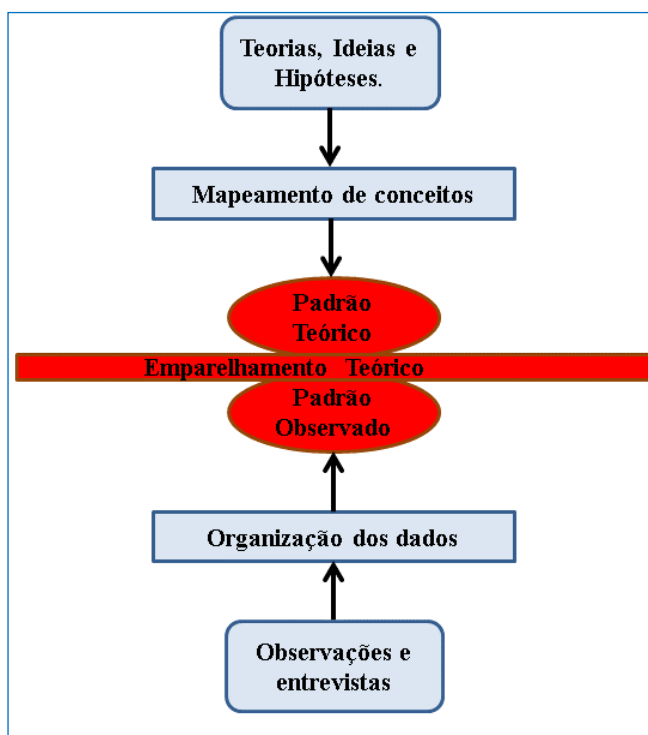
As fases da análise de conteúdo dividem-se em três etapas: a primeira etapa foi a pré-análise que foi a fase de organização e sistematização das ideias e teve como objetivo a escolha do material a ser analisada, a formulação dos objetivos, e a construção de indicadores que deu embasamento à interpretação. A segunda etapa foi à exploração do material que consistiu numa fase longa, de idas e vindas, de diversas operações de codificação, decomposição em função das categorias estabelecidas. A terceira e última fase foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, quando os resultados foram tratados de maneira a se tornarem significantes permitindo pôr em relevo os achados a partir da análise (BARDIN, 2009).

A partir dessa orientação de Bardin (2009), e em conformidade com Gomes (2012), na primeira fase da análise desta pesquisa selecionaram-se as categorias segundo os objetivos específicos, a partir daí as entrevistas foram trabalhadas num longo processo de vai e vem, extraindo-se os fragmentos das mesmas em função das categorias. Na segunda fase, identificaram-se os núcleos de sentido numa categorização mais ampla em que foram apontadas algumas temáticas, e neste caminho, após algumas aproximações e triangulações se transformaram nas temáticas que estão nos resultados. Para Vergara (2012) a triangulação é uma estratégia que colabora com a validade de uma pesquisa qualitativa. Assim, nesta pesquisa foi empenhado um esforço sistemático para realizar a triangulação combinada entre métodos e fontes de coletas de dados qualitativos através das entrevistas, dos documentos (impressos e eletrônicos), notas de campo e das observações. E na última fase, a síntese interpretativa que concentra globalmente os resultados (GOMES, 2012, p. 91-96).

A estratégia de análise e de interpretação qualitativa utilizada foi o emparelhamento teórico (*pattern-matching*) que se refere à associação dos dados encontrados ao modelo teórico de ordens e lógicas institucionais com o propósito de compará-los. Sendo assim, examinou-se se houve realmente essa correspondência entre a situação observável e o modelo teórico (LAVILLE; DIONNE, 1999).

De acordo com Trochim (1985), a correspondência entre padrões envolve uma tentativa de relacionar dois padrões em que um é teórico e o outro é empírico. A ideia básica dessa correlação de padrões é ilustrada na figura 7 (3). A parte superior da figura mostra o domínio da teoria, esta envolve as ideias teóricas e/ou as hipóteses do investigador. A parte inferior da figura indica o âmbito observacional e inclui observação direta sob a forma de impressões, notas de campo, bem como medidas objetivas mais formais.

Figura 7 (3) - Modelo Básico de Emparelhamento Teórico



Fonte: Adaptado de Trochim (1985)

A tarefa do emparelhamento teórico refere-se à tentativa de se estabelecer a relação, ligação ou combinação destes dois padrões. Por outro lado, à medida que não seja possível estabelecer a correspondência entre estes se supõe que a teoria esteja incorreta ou mal formulada, que as observações podem ser inadequadas ou imprecisas, ou ainda que possam existir em conjunto algumas dessas possibilidades (TROCHIM, 1985).

Na próxima seção apresentam-se as definições constitutivas e operacionais dos termos.

3.5 Definições constitutiva e operacional dos termos

Nesta parte apresenta-se a definição dos termos constitutiva e operacional desta pesquisa que serviram como norte para o trabalho de campo e análise dos dados.

3.5.1 Definições constitutivas (DC)

a) Ordens institucionais

Definição constitutiva – “são simultaneamente sistemas simbólicos e práticas materiais” e referem-se às seguintes ordens: o Estado burocrático, o capitalismo, a democracia, a família/comunidade e a religião/ciência de acordo com Friedland e Alford (1999, p. 315), a profissão (THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012).

As ordens institucionais formam o sistema interinstitucional da sociedade contemporânea e são concebidas como “padrões superorganizacionais de atividade, por meio dos quais os homens conduzem sua vida material no tempo e no espaço, e ao mesmo tempo como sistemas simbólicos por meio dos quais atribuem uma categoria a esta atividade e lhe outorgam um significado” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 294). Cada ordem institucional possui uma lógica própria que influencia o comportamento individual e das organizações.

b) Lógicas institucionais

Definição constitutiva: “padrões históricos de práticas materiais, pressupostos, valores, crenças e regras, socialmente construídos pelas quais as pessoas produzem e reproduzem a sua subsistência material, organizam-se no tempo e no espaço e dão sentido a sua realidade social” (THORNTON; OCASIO, 1999, p. 804) que operam, cada uma, como forças que influem sobre a atenção e a ênfase dada pelos indivíduos e organizações à própria lógica; lógicas endógenas e exógenas (DUNN; JONES, 2010).

As lógicas institucionais são operacionalizadas no item 3.5.2 através das definições de cada tipo de lógica institucional.

c) Lógicas endógenas e exógenas (DUNN; JONES, 2010).

3.5.2 Definições operacionais (DO)

a) Estado

DO – foi operacionalizada por meio da referência à “racionalização e a regulação da atividade humana por meio de hierarquias legais e burocráticas” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 314), por mecanismos de redistribuição utilizados pelo Estado, de racionalização, de dominação burocrática, reformas do Estado privilegiando grupos de interesses e pela participação democrática ou não (THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012).

b) Capitalismo/Mercado

DO – foi operacionalizada por meio de referências a “acumulação e a mercantilização da atividade humana” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 314); aos grupos e às entidades internacionais capitalistas com projetos de globalização para os países subdesenvolvidos através da ampliação de mercados e lucros; pelo mercado que mesmo sem ter um rosto, uma identidade própria permeia toda a sociedade e possui como estratégia principal a busca incessante de lucro e acumulação de capital através de transações comerciais, financeiras e de ações no mercado local, nacional, internacional e globalizado; as transações de mercado; estratégias para aumentar o lucro; jogos de poder no mercado de ações e de grupos de interesses (THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012).

c) Comunidade/Democracia

DO – Conforme Friedland e Alford (1999, p. 314), a “lógica da família é a comunidade e a motivação humana por meio da lealdade incondicional a seus membros e suas necessidades reprodutivas” e por meio da “participação e a ampliação do controle popular sobre a atividade humana” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 314), globalização contra hegemônica e assim foi operacionalizada considerando-se às referências à comunidade relacionada ao contexto do HC UFPE, ou seja, o usuário do SUS e seus defensores. Interesses reprimidos (ALFORD, 1975).

d) Ciência

DO – A religião e a ciência têm como lógica central a “verdade, seja mundana ou transcendental, e a construção simbólica dentro da qual se realiza toda a atividade humana” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 314), e ainda na área de saúde que a lógica da ciência

se concentra no conhecimento das doenças construídas através da investigação e tratamentos inovadores (DUNN; JONES, 2010), e assim foi operacionalizada.

e) Profissão

DO – a lógica principal é o conhecimento e a expertise reconhecida pelos pares, comunidade e sociedade e/ou associação de especialistas (THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012), associações de ensino, e assim foi operacionalizada.

f) Atenção à saúde, cuidado de saúde ou assistência à saúde (*Health Care*)

DO - a lógica principal é o cuidado de saúde de qualidade que envolve inovadores procedimentos de diagnóstico e de terapêutica para alívio do sofrimento humano e ajuda a erradicar doenças, a lógica do cuidado destaca ainda as habilidades clínicas dos médicos usadas para tratar e melhorar a saúde da comunidade (DUNN; JONES, 2010) e assim foi operacionalizada.

3.6 Limites e Limitações

Os limites que se reconhecem nessa pesquisa foram relacionados ao próprio objeto, ou melhor, à complexidade inerente ao hospital universitário e a restrição da seleção da amostra, que por se exigir a aprovação do Conselho de Ética e diante da exiguidade do tempo não foi possível entrevistar outros atores, a exemplo dos representantes da lógica da comunidade. Dessa maneira, novas pesquisas ainda podem ser realizadas com uma amostra mais diversificada incluindo pacientes, estudantes de medicina e profissionais médicos que não integrem a gestão do hospital, e poderá ainda ser realizada com outras profissões da área de saúde como enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, nutrição, entre outras.

Além das limitações do período tão conturbado da política brasileira com amplas repercussões inclusive para as IFES e HUs que pela conjuntura dificultaram inclusive o acesso a alguns gestores para realização das entrevistas, tem-se também a limitação da técnica que como já foi exposto à abordagem qualitativa busca sentido para um fenômeno com forte influência da atuação do pesquisador e culmina com a impossibilidade de generalizações dos resultados encontrados para outras populações (MARCONI; LAKATOS, 2012).

Mesmo assim, apesar dos limites e das limitações pretende-se alcançar os objetivos deste estudo e para isso, dando seguimento, no próximo capítulo serão apresentados os resultados desta pesquisa.

4 RESULTADOS

Neste capítulo expõem-se os resultados alcançados e as análises feitas através dos métodos e técnicas já explicados anteriormente. Com a finalidade de responder aos objetivos específicos delineados, analisaram-se os dados a partir das observações e entrevistas realizadas por meio de análise de conteúdo, utilizando a técnica de emparelhamento teórico. Assim, a seguir apresentam-se as lógicas da ciência e assistência na reforma do HC UFPE, os conflitos entre a lógica profissional e a lógica racionalizadora, a EBSERH entre as lógicas de mercado e da comunidade, as pesquisas sob as lógicas de mercado.

4.1 Lógicas da ciência e assistência na reforma do HC UFPE

Dunn e Jones (2010) sustentam que a lógica científica se concentra no conhecimento das doenças através da investigação e tratamentos inovadores, e historicamente a profissão médica deriva sua autoridade e legitimidade de seu conhecimento científico. Em relação à lógica de atenção à saúde, as autoras destacam as habilidades clínicas dos profissionais médicos utilizadas para cuidar dos pacientes e melhorar a saúde da comunidade. Reay e Hinings (2009) salientam a coexistência de lógicas concorrentes, como por exemplo, teoria e prática, ou ciência e assistência.

Sobre a educação médica no HC UFPE um dos aspectos apontados nos depoimentos refere-se à contratação de médicos pela EBSERH que podem desenvolver atividades na assistência, pesquisa e no ensino (preceptorial) e de acordo com Entrevistado 3:

E3 - Eu acho que nesse aspecto não importa o ser celetista, importa é que ele é uma pessoa que não tem essa visão docente, ele não foi contratado para ser docente, agora pode, se ele quiser desenvolver a docência.

Sendo assim, parecem atuar no HC UFPE médicos, docentes e não docentes, com e sem experiência em ensino e/ou de trabalho nos HUs. Os médicos quando contratados para

trabalhar no hospital recebem uma capacitação realizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) como foi informado pelo E5. O entrevistado quatro (E4) alega que outros hospitais públicos de Pernambuco, que não são universitários, possuem esta prática de médicos preceptores não necessariamente docentes, e o E3 relata sobre a essência das atribuições do profissional médico nos HUs, conforme a seguir:

E4 - [...] o Hospital Barão de Lucena, o Hospital da Restauração, o Getúlio Vargas [...] tem preceptores que não tem formação docente, a formação docente ela é um requisito para a vida universitária, mas ela não é um requisito para a prática médica.

E3 - A dificuldade é a visão hospitalar de quem trabalha somente para atender ao paciente, com a que trabalha também pra atender ao paciente e transmitir essa informação do atender o paciente ao aluno, seja ele um aluno da graduação, seja ele um residente.

E5 - já o profissional da EBSERH quando ele faz o concurso que ele entra, no contrato tá lá dizendo que ele é preceptor ele tem atividade de preceptoria, então ele tem que fazer essa atividade ...aí quando eles entram eles tem uma capacitação[...].

Neste sentido, a política atual da gestão é deixar que cada unidade possa decidir em relação a quem vai fazer o quê, considerando-se que alguns dos contratados tem habilidade para o ensino e/ou pesquisa e/ou para a assistência, exigindo apenas os resultados.

E6 - o que é que me interessa? O resultado. Que resultado? Os indicadores de ensino, os indicadores de pesquisa, os indicadores de assistência, aqui não me interessa quem vai fazer, a unidade se organiza da melhor forma possível, só quero que os resultados apareçam.

Desse modo, pode-se dizer que a gestão ainda atende de forma relativa à autonomia do núcleo operacional da Burocracia Profissional do HC UFPE e ao mesmo tempo às medidas de controle de desempenho profissional da Forma Divisionalizada da EBSERH (MINTZBERG, 1999).

Para Reay e Hinings (2009) os atores guiados por diferentes lógicas podem gerenciar a rivalidade através de colaborações que mantêm a independência, mas apoiam à realização de objetivos mútuos. Nesta direção alguns entrevistados corroboram a importância da convivência entre os profissionais e das lógicas da Ciência e da Atenção à saúde.

E3 – [...] baixar a guarda, deixar esse fantasma do Pedro II, era o fantasma de eu mando nisso aqui, essa sala é minha ninguém pode entrar [...] e por outro lado, a administração da EBSEH entender esse lado que é um lado muito mais complexo, que é o ensino de graduação que nem todos têm.

E4 - nós precisamos ter em convivência, em harmonia os docentes e os médicos que são preceptores e que são técnicos de nível superior e que estão lá para reverter a sua experiência na formação dos novos médicos.

De acordo com Andreazzi (2013) com relação à força de trabalho médica da EBSEH além da rotatividade de pessoal, falta de estabilidade na empresa, também se aguarda uma crescente ausência do docente na rotina destes HUs o que provavelmente se refletirá na qualidade da educação médica. Nesse ponto de vista, os entrevistados que trataram dessa questão são unânimes em afirmar a necessidade de se manter o vínculo da academia com o HC:

E3 - Então, quanto mais distanciar pior, então eles na cabeça deles não querem sair de lá porque eles saindo de dentro do hospital deixam o hospital entregue a quem não é docente.

E4 - [...] mas por outro lado nós temos que ter muito cuidado para que a presença docente, que é tão importante na pesquisa, no desenvolvimento do conhecimento, na inovação ela não seja... vamos dizer assim... prejudicada por essa concorrência com a presença dos técnicos que são admitidos pelo concurso da empresa que é hoje administradora do hospital.

E5 - é muito importante a gente se manter com a academia, com a universidade, e essa integração, então a gente fica sempre puxando para os professores terem as aulas, terem as atividades de preceptoria mesmo que a gente tenha hoje a EBSEH, até porque eles já têm mais experiência e vão repassando.

Embora haja unanimidade quanto à necessidade da presença dos docentes, nessas entrevistas depreendem-se diferentes interesses: o dos professores em manter a primazia nas decisões estratégicas no HC UFPE; os dos novos técnicos em procurar se adequar ao papel de trabalhar num hospital universitário; e dos gestores em incentivar os novos técnicos contratados para a preceptoria, mas ao mesmo tempo em respeitar os professores, situação esta que provavelmente interfere na articulação ensino, pesquisa e assistência.

Estudos evidenciam a mudança institucional substituindo uma lógica por outra, contudo as profissões que atuam em esferas institucionais diversas podem manter essas lógicas através dos grupos e interesses distintos, que flutuam ao longo do tempo e criam

tensões dinâmicas sobre questionamentos acerca da educação dos futuros profissionais (DUNN e JONES, 2010).

Como se sabe na burocracia profissional além da autonomia que é peculiar aos profissionais, estes também exercem poder no controle coletivo das decisões administrativas (MINTZBERG, 2011). O depoimento abaixo sugere a perda desse poder coletivo dos profissionais docentes na gestão do HC UFPE após a vinculação deste hospital com a EBSEH:

E3 - antigamente quem era que gerenciava o hospital? Era o curso médico, era o curso de enfermagem, ou seja, eram os departamentos, eram os departamentos de enfermagem, departamentos clínicos e cirúrgicos, problema é que com inserção da EBSEH vieram profissionais alguns têm experiência de ensino, outros não.

Sobre o papel do médico que trabalha no HC UFPE, inclui a responsabilidade de colaborar com a formação dos futuros profissionais que irão entrar no mercado de trabalho, pois o diferencial dos HUs é a docência, e para isso o profissional tem a obrigação de se manter sempre atualizado. Além disso, estes profissionais podem atuar com maior liberdade em relação às pressões do mercado médico e farmacêutico, sua atuação ocorre na assistência, ensino e pesquisa e segundo o E6 já faz parte da cultura do hospital.

E4 - [...] não estar de forma alguma pressionado para prescrever tal medicamento ou pra adotar tal ou qual prótese [...] poder exercer realmente o seu conhecimento e a sua formação desvinculado de toda pressão moral e ética que possa haver dentro de um mercado que é extremamente competitivo dos produtos médicos e farmacêuticos.

E6 - [...] já faz parte da cultura desse hospital fazer com que o médico também produza ensino, produza pesquisa [...] além da assistência ao paciente, faz ensino e pesquisa dentro do HC.

Em relação ao modelo assistencial, um dos entrevistados aponta a linha de cuidado, indicada pelo Ministério da Saúde, como sendo um desafio atual e cita algumas destas linhas já implementadas no HC UFPE, ou seja, para o doente cardiovascular, para os bebês com microcefalia, da perinatal e da pessoa transexual, entre outras. Como foi explicado, o paciente no dia do agendamento é atendido por uma série de especialistas necessários para aquela linha de atenção, o que exige um esforço de equipe além da integração com os outros serviços como, por exemplo, de laboratório e de exames de imagem. Pode-se dizer que o novo conceito exigido pelo Ministério da Saúde para os hospitais caracterizam

pressões exógenas alinhadas com a assistência, e apreende-se a busca de alinhamento da EBSEH com o MS.

E6 - é um grande desafio [...] então hoje a assistência é feita e organizada através de linhas de cuidado, é um conceito novo [...] obrigando os hospitais a fazer pelo menos duas ou três linhas de cuidado implementadas, a linha de cuidado nada mais é do que você fazer assistência em todas as áreas para um perfil de paciente. Então, qual é a dificuldade? é implantar uma nova cultura um novo modelo de assistência dentro de um hospital universitário [...] que já tem sua cultura instalada, vai ser difícil romper os lares do passado pra abrir as portas do futuro.

Essa inadequação do modelo assistencial a nova cultura organizacional é também apontada no PDE (2016-2017, p. 36), desse modo tem-se relacionado à assistência dois dentre os quatro macroproblemas no HC UFPE, ou seja, o modelo clínico assistencial inadequado e a dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino e pesquisa) e os da assistência.

Nesta perspectiva, com relação ao curso médico do campus Recife, que é ligado ao HC UFPE, está prevista a inauguração de um novo prédio no final de 2016, com localização ao lado do CCS. A previsão era que a coordenação do curso médico e vários outros departamentos que estão no HC UFPE e nos anexos fossem transferidos para a nova estrutura. Para isso o curso médico irá contar com novas tecnologias de ensino para substituir o paciente do HC UFPE embora parece haver muitas resistências por parte dos docentes mais antigos da instituição em relação a aprendizagem de uma nova forma de ensinar longe do hospital e do paciente, conforme se depreende no seguinte depoimento:

E3 [...] um boneco por um milhão e meio, o boneco fala ele sente dor, o boneco tem febre [...] então eu sou docente estou aqui desse lado eu vou programar ele pra ter determinada doença, o aluno tá lá do outro lado também no computador e ele vai perguntar para o boneco isso? Isso? E isso? E o boneco vai morrer e eu vou ver qual é a reação humana que esse estudante tem ao ver o paciente morrer, ir treinando esse lado humanístico dele e também o lado de habilidades, daí o laboratório se chamar laboratório de habilidades. Eles não querem, disseram: Ah, eu nem quero ir nem quero aprender a fazer. A sorte, digo sorte porque é um contexto, é que tá entrando médico novo, como ele nunca foi docente a gente vai treiná-lo pra ser docente assim, porque os antigos não querem, já disseram.

Além dessa nova estrutura, o curso médico deverá passar por mudanças de acordo com as diretrizes do Ministério de Educação e do colegiado com o objetivo de modernizá-

lo, e desse modo vem-se questionando a formação médica já há algum tempo, conforme alguns posicionamentos que foram apresentados:

E4 - hoje o curso médico da UFPE, em Recife, é um daqueles que tem as mais baixas avaliações do Ministério da Educação e dos órgãos que fomentam a pesquisa e a pós-graduação, então nós estamos precisando realmente reformular o curso médico no sentido de que o núcleo docente estruturante ele possa aderir a um projeto moderno, um projeto atualizado e que os professores se sintam também contemplados.

E5 - muda a estrutura do curso, com um curso mais novo baseado em evidências, com metodologias ativas, com simulação, moderno, que é o que as diretrizes básicas, a última propõe [...] então assim, eu acho que o daqui tem que melhorar.

Os cursos de graduação médica e pós-graduação strictu sensu (mestrado e doutorado) são ligados ao CCS, mas em geral realizam suas práticas nas dependências do HC UFPE além da maior parte das disciplinas. A pós-graduação lato sensu, ou seja, as residências são programas ligados à coordenação de residência médica do HC UFPE. O hospital também recebe estagiários intercambistas e de outras faculdades e universidades do Estado nas mais diversas áreas de saúde. Há também um convênio entre a UFPE e o Centro Universitário Hospitalar de Toulouse em que este disponibiliza bolsa para médicos do HC para treinamento, capacitação e serviço médico.

Ressalta-se que, o ensino na graduação e as diretrizes curriculares são definidos pelos conselhos específicos da universidade em consonância com o MEC. Pode-se afirmar também que as exigências do Ministério da Educação representam pressões exógenas mais alinhadas com a ciência. No entanto, na prática do hospital universitário, a lógica da atenção à saúde e da ciência são muitas vezes difíceis de separar, conforme se depreende do seguinte depoimento:

E6 – A assistência tem que ser de qualidade porque é essa assistência que vai servir de exemplo pra o médico que tá sendo formado aqui reproduzir fora, se ele atende mal, o médico que é formado ele vai atender mal lá fora. [...] o que a EBSEH quer é contribuir com esse novo modelo assistencial pra formar um médico um pouco mais voltado pras necessidades da população.

Sobre a pós-graduação, a residência, especificamente, é um dos exemplos onde ocorre a maior aproximação entre as lógicas endógenas da ciência e da atenção à saúde na profissão médica dentro do HC UFPE.

Dunn e Jones (2010) afirmam que os currículos em escolas profissionais são limitados pelo tempo, assim lógicas podem competir pela atenção, e os docentes devem tomar decisões sobre: o que é importante; quais valores são centrais; e que lógicas devem ser ensinadas para orientar os futuros profissionais. Para as autoras, a prática da medicina se baseia em ciência, lógica que orienta seu conhecimento especializado, e cuidado, lógica que orienta sua prática, por isso, é improvável que qualquer uma dessas lógicas pudesse dominar por muito tempo. Porém, se divergentes grupos de profissionais que estão associados a esses diferentes papéis entrarem em conflito pode acontecer de as lógicas ficarem dissociadas uma da outra ou oscilar ao longo do tempo à medida que aumenta ou diminui o poder dos grupos.

A educação profissional é o momento chave para lutas que podem revelar o que provoca a mudança na profissão de modo mais amplo, porque é ali que se moldam os valores, as suposições e identidades das próximas gerações de profissionais (DUNN e JONES, 2010), desse modo o ensino médico e o HC UFPE representam este ponto primordial de transformação ou manutenção das lógicas institucionais.

4.2 Conflitos entre a lógica profissional e a lógica racionalizadora

O Estado brasileiro assumiu o discurso do processo de racionalização e reestruturação dos HUs pela EBSEH como sendo a saída para estes hospitais, sob pena de a má gestão continuar repercutindo no atendimento ao paciente. Destarte em relação à lógica do Estado que busca a “racionalização e a regulação da atividade humana” (FRIEDLAND; ALFORD, 1999, p. 314) através da burocracia e da legalidade tem-se no HC UFPE um amplo processo de tentativa de racionalização com o objetivo declarado de se realizar uma melhor organização interna e atender melhor a comunidade. O Plano Diretor Estratégico - PDE incorpora essa lógica racionalizadora através de ferramentas de gestão como o próprio PDE, e na Gerência Administrativa especificamente o Mapeamento dos Processos e o Crescer com Competências, a maior parte delas resultante da consultoria/capacitação para os gestores realizada com o Hospital Sírio Libanês, hospital privado considerado referência em gestão por competências e que tem essa parceria com a EBSEH.

Conforme os depoimentos destacam-se dois exemplos dentre tantos deste processo de racionalização, o primeiro versando sobre a seleção de profissionais da área de gestão seguindo critérios técnicos, com base em formação e experiência comprovada em hospitais. No caso específico do superintendente de um HU, a indicação do mesmo é atribuição do reitor da respectiva universidade, enquanto os gerentes e demais chefias de divisões são escolhidos pelo superintendente através de submissão ao escritório central da EBSERH em Brasília de três currículos, conforme seleção padronizada e específica para cada cargo/função. Em concordância com o exposto os entrevistados apontam como essencial o conhecimento, a experiência e o tempo para dedicar-se à administração do hospital, além da indicação técnica e não apenas política, conforme depoimentos:

E1 - [...] ele não fez administração, fez medicina né, mas dizem que administração é bom senso, mas você se tiver o diretor e se tiver o administrador embaixo, tem muita empresa que funciona assim.[...] deveria ter realmente um administrador dedicado à atividade. [...] no HC tinha um realmente que deixou de ser médico, pra ser o administrador.

E2 - Quando ele está na gestão, é por que existe uma aproximação dele como pessoa [...] não que ele tenha sido preparado pra ser gestor, ele foi preparado pra ser médico. [...] então o que faz a EBSERH ser um diferencial, a qualificação das pessoas, ou seja, ter no seu portfólio, pessoas com *know-how* pra fazer, [...] ela tem um processo seletivo muito forte e amplo, ela prioriza pessoas que tenham muito tempo de experiência e tenham a sua formação para tal [...].

Embora com menos poder do que os gerentes de organizações burocráticas mecanicistas, Mintzberg (2011) atribui importância ao papel dos gestores numa Burocracia Profissional em organizações complexas como hospitais e universidades, apesar de o gestor não se envolver, e não deve, diretamente com as atividades dos profissionais, ele tem importantes atribuições, dentre elas: a) para lidar com a estrutura profissional os reitores, pró-reitores, superintendentes, gerentes e chefes utilizam grande parte do tempo negociando soluções entre as partes envolvidas, o que exige habilidade técnica e paciência, situação que na UFPE hoje é ampliada pela convivência de diferentes gerações, e, além disso, no HC pelo duplo regime de contratação de profissionais para área-fim; b) para exercer papel chave na relação entre a parte interna e a parte externa da organização, nesta fronteira protegendo a autonomia dos profissionais internos das pressões externas, e desta maneira ele conquistará poder neste ambiente dinâmico e incerto.

O segundo exemplo neste processo de racionalização, diz respeito à criação da padronização de medicamentos e a proposta de elaboração de protocolos clínicos, práticas

que são bastante utilizadas em hospitais privados. Esta discussão sobre a elaboração dos protocolos ainda está em fase inicial, para que possam ser construídos e, o mais difícil, para realmente serem implantados.

E1 - fazer inclusive protocolos de atendimento, que ia ser muito interessante, racionalização do processo.

E2 - A padronização de medicamentos já está pronta [...] um protocolo clínico, você tá dizendo assim: eu estou buscando uma forma mais uniforme de fazer aquele tipo de procedimento. Não tem ainda nenhum protocolo clínico, a proposta é essa.

E6 - a primeira premissa tem que ser discutido intensamente; a segunda premissa tem que ser multiprofissional, se não fizer isso não dá. [...] faz parte do plano de ação, o protocolo nada mais é que padronizar depois que definir uma linha central de atuação porque no protocolo você vai definir quais são suas compras que você vai fazer pra atender aquilo ali, quais são seus indicadores, suas metas, etc, são fundamentais, sem isso vai ficar muito difícil organizar a assistência desse hospital.

Depreende-se a partir dos depoimentos, a dificuldade para se estabelecer esse processo de discussão nas equipes multiprofissionais, que o protocolo faz parte da ciência médica e que sem ele podem ocorrer retrabalhos, compras inadequadas e desperdícios de materiais. Por outro lado, Mintzberg (2011) afirma que o trabalho complexo como o de profissionais do núcleo operacional da Burocracia Profissional não admite controle externo. Assim, nesta configuração organizacional, os profissionais oferecem grande resistência quando a parte da organização responsável pela padronização de processos tenta interferir nas atividades-fim.

Dessa maneira, no caso do HC UFPE, tem-se mais dificuldade em construir e utilizar os protocolos clínicos do que padronizar medicamentos, uma vez que a força exercida é para profissionalizar e minimizar a participação nas tomadas de decisões por parte dos administradores e analistas (MINTZBERG, 1999; 2011) estabelecendo-se uma tração entre a lógica profissional e a gestão da EBSEH no HC UFPE. Neste caso, a lógica profissional tende a prevalecer sobre a lógica racionalizadora padronizante.

4.3 A EBSEH entre as lógicas do mercado e da comunidade

Parece claro que o direcionamento dado pelo próprio Estado já desde a criação da EBSEH foi no sentido de uma autonomia progressiva desta empresa e sua maior exposição à lógica de mercado, pelo que se pode depreender da definição da sua própria fonte de recursos, conforme definido na Lei nº. 12.550, a saber:

Art. 8º Constituem recursos da EBSEH: I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União; II - as receitas decorrentes: a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto; b) da alienação de bens e direitos; c) das aplicações financeiras que realizar; d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais; III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e IV - rendas provenientes de outras fontes. Parágrafo único. O lucro líquido da EBSEH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.

Nesse sentido, destaca-se o histórico subfinanciamento dos HUs por parte do Estado. Além das incertezas do novo governo sobre a velha polêmica de a que Ministério compete à gestão dos HUs, se da Educação ou da Saúde. Depreende-se dos depoimentos abaixo que a grande dificuldade de financiamento dos HUs permanece, e que, apesar de o Governo condicionar a regularização do financiamento à adesão à EBSEH, não foi isso o que ocorreu:

E6 - Financiamento, continuamos sendo uma instituição subfinanciada, já é de conhecimento do tribunal de contas, de todo mundo que o financiamento dos hospitais não é adequado... não diria isso em 2013.

E7- então a gente continua esbarrando nessa questão econômica porque não existe outra forma de financiamento que não seja através do dinheiro que vem do SUS.

E3 – Por outro lado, eu vi o seguinte o governo forçou a gente aceitar a EBSEH cortando e depois deixou a gente nu [...].

Assim, esse problema crítico não foi resolvido da forma como se esperava e se argumentava nas discussões realizadas sobre a adesão do HC UFPE à EBSEH, a exemplo disso, na Ata da quarta sessão extraordinária do Conselho Universitário realizada em 23/04/2013 se colocam sete itens de reforma, ampliação e construção de novas áreas e de novos serviços para o hospital, como a emergência, além do aumento do quadro de pessoal, da renovação do parque tecnológico e de melhoria da gestão que seriam possíveis através da adesão dado o sucateamento do HC UFPE a época. As pessoas favoráveis à adesão à EBSEH se posicionaram defendendo que:

[...] os problemas enfrentados pelo HC estavam direta ou indiretamente relacionados ao modelo vigente de gestão e financiamento dos hospitais universitários federais, entendendo que a adoção desse novo modelo iria garantir mais agilidade nos processos, na recuperação de quadros funcionais e mais eficiência no desempenho de suas funções. E que tal medida não implicava comprometimento ao atendimento exclusivo ao SUS.

Dessa forma, é importante colocar que os recursos do HC UFPE são oriundos do Fundo Nacional de Saúde/Sistema Único de Saúde (FNS/SUS), REHUF, EBSEH, recursos próprios e da UFPE, sendo que nos últimos três anos, não houve recursos oriundos da UFPE. No quadro 4(4) tem-se o total de recursos recebidos por ano em conformidade com o PDE (2016-2017) onde se verifica o decréscimo do total de recursos investidos no HC UFPE entre 2012 e 2015, lembrando que assinatura do contrato de adesão ocorreu em 11/12/2013.

Quadro 4 (4) - Financiamento do HC UFPE (2012 – 2015).

Ano	Total de Recursos (SUS, REHUF, EBSEH, etc)
2012	46.745.080,73
2013	45.425.722,39
2014	41.664.686,72
2015	34.599.423,03 até novembro de 2015.

Fonte: HC UFPE/PDE, 2015.

Desta maneira, a persistência deste subfinanciamento com certeza repercutirá no ensino e pesquisa e na comunidade usuária dos serviços assistenciais do HC UFPE, apesar de neste momento inicial observar-se uma melhora do atendimento a comunidade principalmente pela duplicação da força de trabalho através da contratação de 196 médicos,

veja Quadro 2 (3). Sabe-se que o hospital universitário brasileiro é referência no SUS para atendimentos de alta complexidade (MEDICI, 2001), conforme reforçado pelo seguinte depoimento:

E6 – [...] é aquele paciente onde o problema que ele tem só pode ser resolvido lá ou o problema que ele tem não foi resolvido nas outras instâncias de atendimento primário e secundário, [...] é um doente mais complexo, é um doente de patologias mais graves, é um doente em que você tem que ter uma assistência diferenciada e específica pra aquela patologia dele.

Os HUs são legitimados como hospitais de ensino, possibilitam as práticas universitárias nas subáreas específicas de saúde, além de proporcionar serviços terciários, ou seja, de alta complexidade a uma parte da população (MEDICI, 2001), no Brasil aos mais pobres. Neste sentido, percebe-se nos depoimentos a preocupação com o paciente, a comunidade usuária do hospital que no HC UFPE tem o ensino e a pesquisa, e a prática médica a partir delas como diferencial.

E1 - Por que há realmente um trabalho muito grande que esses hospitais fazem com as comunidades, né, e aí, onde estão os hospitais, todo o pessoal ao redor do hospital vai pra lá pra ser atendido [...].

E2 - Quando o paciente não tem um remédio pra tomar, o tratamento é interrompido, então a gente vê isso como uma prioridade [...].

E3 – [...] então tem que ter muito jogo de cintura porque se não quem termina perdendo é o paciente que é o foco principal do hospital. Um hospital sem paciente não precisa existir.

E4 – O paciente tem a presença constante do espírito pesquisador da curiosidade científica e da vontade, da volúpia que o estudante tem de procurar a verdade de procurar o sentido exato da ciência e de aplicá-lo da melhor maneira possível.

E5 – [...] não mudou nada em relação ao objetivo do hospital a... a função do hospital na comunidade, inserido na sociedade[...].

E6 - o que a EBSEH quer é contribuir com esse novo modelo assistencial pra formar um médico um pouco mais voltado para as necessidades da população.

Neste caminho, se aponta a necessidade de se formar um maior número de médicos generalistas para comunidade local e nacional.

E6 - o perfil que o Ministério da Saúde quer e que a sociedade precisa, tem que ter um médico na ponta que atenda e resolva pelo menos oitenta por cento dos problemas da população, [...] aí você me pergunta, mas isso existe? Existe no Canadá, em Barcelona [...] na Itália é mais ou menos assim, na Inglaterra é assim, são sistemas públicos gratuitos e que o médico da ponta resolve muita coisa sem precisar de grandes formações, então esse modelo médico ele tem que mudar, mudou? Mudou muito pouca coisa e muito timidamente [...] tá longe daquilo que a sociedade precisa.

Por sua vez, conforme alguns depoimentos o mercado de trabalho para médicos generalista é bem mais remunerado e valorizado nas cidades do interior do país, o que parece não atrair muitos profissionais haja vista a criação de programas tipo o mais médico.

E6 - Qual a única forma que você tem de ficar na cidade grande? Se especializando, porque um médico generalista na cidade morre de fome [...] um dado simples a residência de medicina em família e comunidade desse hospital oferece 12 vagas por ano, a bolsa do residente é 10 mil reais, pra se ter uma ideia a bolsa de uma especialidade é dois mil e quinhentos reais, sabe quantos passaram? [...] o único que se inscreveu.

A profissão de médico generalista em saúde e comunidade no HC, campus Recife da UFPE, ainda não é um concorrente viável a ponto de moldar lógicas apesar dos incentivos, como por exemplo, o programa de residência médica e o valor da bolsa.

No seu estudo sobre cuidados de saúde, políticas e mudanças propostas no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, Williamson (2008) menciona os interesses “reprimidos” do paciente, da comunidade e dos defensores de equidade no atendimento à saúde da população mais carente. E foram assim nomeados pela dificuldade de se encontrar pessoas para defender os interesses dos pacientes e/ou do público em geral nas políticas e/ou órgãos de decisões nos mais diversos níveis do sistema em saúde nos Estados Unidos, assim como possivelmente ocorre em outros países. A autora também aponta que estes interesses estruturais reprimidos podem ser assegurados por instituições sociais ou mecanismos políticos na sociedade e questiona a real participação dos interessados da comunidade nas políticas de saúde modo geral.

4.4 As pesquisas sob as lógicas de mercado

O HC é um órgão suplementar da universidade fundamental para a pesquisa básica, e especialmente para pesquisa clínica, em função do grande número de pacientes usuários dos serviços e da complexidade das patologias ali tratadas o que aumentam as possibilidades para a realização de pesquisas e ensino. Neste sentido, houve uma reorganização das atividades da GEP, além da modificação do nome, do organograma e da composição. Esta mudança é referida pelos E5 e E6:

E5 – [...] são quarenta e poucos programas [...] quando a EBSEH dá esse organograma, aí você vai ter todos os cursos de graduação que tenha como estágio obrigatório o HC, [...] tem estágios internacionais [...] aí vem os cursos de especialização, do lato sensu e as residências.

E6 - [...] com relação ao ensino e pesquisa houve avanços não se tinham [...] tantos estudantes, e de outras instituições, de outras áreas do conhecimento aqui dentro.

De modo geral, considera-se que houve uma organização e elaboração dos processos e fluxogramas em relação à pesquisa e extensão das atividades realizadas no hospital permitindo acompanhar o volume e a qualidade destas atividades.

E6 - [...] vem sendo superada é a integração entre a academia e o hospital, hoje, por exemplo, a gente tem todos os projetos de pesquisas dentro do hospital mapeados e acompanhados [...] objetivo é mapear, controlar e acompanhar.

No que concerne à missão do HC UFPE a principal mudança foi à expansão da atuação do hospital escola, a busca de criação de centros de pesquisas científicas, e a prestação de serviços à população consoante com os trechos dos documentos a seguir:

Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, à promoção e à preservação da vida (HC UFPE, 2013).

Atualmente, a sua missão foi expandida atuando como hospital escola, centro de pesquisas científicas e prestador de serviços de saúde à população do Estado e da região Nordeste (PDE – HC UFPE, 2015).

Através da Unidade de gerenciamento da produção científica ligado ao Setor de gestão da pesquisa e inovação tecnológica da GEP, vide organograma na Figura 5 (3), ocorrem ações para o acompanhamento e registro de pesquisas; a normatização de procedimentos para realização de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) do CCS; o registro de publicações científicas realizadas no hospital, a aproximação com outros programas de pós-graduação da UFPE, entre outras. Em 2015 foram realizados no hospital 138 pesquisas dos mais diversos tipos: doutorado, mestrado, especialização, graduação, etc. Dessa forma, ocorreram 83 pesquisas a mais do que em 2014, em conformidade com o Quadro 5 (4). E mais 31 publicações em revistas nacionais e 61 internacionais, superando a produção de 2014.

Quadro 5 (4) – Quantitativo de pesquisas e publicações do HC UFPE (2014-2015)

Atividades realizadas no HC UFPE	2014	2015
Projetos de pesquisas aprovados e realizados	55	138
Publicações em revistas nacionais	13	31
Publicações em revistas internacionais	40	61

Fonte: Relatórios de Gestão (2014; 2015)

Neste caminho, em se tratando de produtividade, há medidas para ampliar a produção de pesquisas com um projeto para criar uma unidade de pesquisa clínica e outro para ampliar o núcleo de cirurgia experimental transformando-o num centro de simulação. Pretende-se também iniciar as pesquisas com laboratórios privados assim que os entraves legais forem resolvidos, o que se espera que ocorra em breve através de convênio da EBSEH com a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFPE - FADE.

E6 – O HC só não produz mais porque há uma limitação do ponto de vista de legislação, nós somos procurados quase que diariamente por laboratórios privados que querem fomentar pesquisas dos produtos deles aqui dentro [...] Avançamos, [...] hoje a EBSEH pode fazer convênio com a FADE pra fomentar esses projetos de pesquisa [...].

Andreazzi (2013) afirma que a busca da eficiência pode afetar os resultados das políticas e serviços e chama a atenção para os interesses do mercado distorcendo a prática médica, e assim, de como esse fato poderá se tornar a regra em vez de a exceção, principalmente se associados ao padrão de reprodução da educação médica nos HUs através da EBSEH. Nesta perspectiva, considerando-se o subfinanciamento dos HUs, veja Figura

4 (4), a possibilidade de negócios com e para o mercado poderá ser artificialmente defendida com a única solução natural.

Neste mesmo ângulo, de acordo com registro na Ata da quarta sessão extraordinária do Conselho Universitário realizada em 23/04/2013 aqueles que se posicionaram contra argumentaram:

[...] quanto às consequências da contratação da EBSEH sobre as pesquisas realizadas nos hospitais universitários. Isto porque, como empresa, ela encaminharia, prioritariamente, projetos que atendessem princípios mercantis, aqueles que gerassem recursos financeiros imediatos e lucrativos.

Segundo o depoimento abaixo apesar da privatização dos HUs acredita-se que será mantida a assistência aos pobres e ainda o PDE ratifica o atendimento ao usuário do SUS, resposta que se dará com o tempo.

E1 - acho que o governo chegou a esse pensamento na tentativa de melhor administrar os hospitais né, [...] universidade contra, e os médicos contra, e não sei o que mais, mas é tal coisa né, por que vai privatizar o hospital, vai deixar de atender o pobre, não era essa a ideia né, mas entendo por que as pessoas ficam preocupadas.

Beneficiando o usuário do Sistema Único de Saúde, os serviços hospitalares públicos brasileiros necessitam modernizar suas gestões a fim de adquirir e racionalizar recursos adequados e capital humano necessários para atuar com eficiência, eficácia e efetividade (PDE – HC UFPE, 2015).

Vale lembrar sobre a ressalva de Williamson (2008) a respeito do argumento de Alford (1975) de que os portadores de interesses, às vezes, apoiam alguns dos interesses de outros grupos, mesmo quando esses interesses são aparentemente contraditórios com os do seu próprio grupo, sendo assim as posições mistas são posturas reais de indivíduos e grupos no campo empírico.

Apresenta-se no Quadro 6 (5) a consolidação das descobertas apresentadas neste capítulo sobre as múltiplas lógicas institucionais que conformam a atual reforma do HC UFPE de acordo com as lógicas institucionais endógenas e exógenas à profissão médica no HC UFPE.

Quadro 6 (5) - Consolidação das lógicas institucionais relevantes na educação médica no HC UFPE.

Lógicas Institucionais	Educação médica no HC UFPE
Lógicas da ciência e assistência na reforma do HC UFPE.	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com a competência o profissional médico faz ensino e/ou pesquisa e/ou assistência. • Busca manter o vínculo do HC com a academia. • Dificuldade de articulação entre as lógicas da Ciência e da Assistência. • Dificuldade para implantar um novo modelo de Atenção à saúde. • Reformulação do curso médico. • Diretrizes estabelecidas pelo MEC para o ensino e pelo MS para a Atenção à saúde. • As práticas profissionais do HC UFPE através da lógica da ciência refletem numa assistência de qualidade ao paciente.
Conflitos entre a lógica profissional e a lógica racionalizadora.	<ul style="list-style-type: none"> • Processos de racionalização. • Protocolos clínicos. • Gestão técnica e profissional.
A EBSEH entre as lógicas do mercado e da comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Estado com orientação para o mercado na criação da EBSEH. • Subfinanciamento dos HUs. • Perfil assistencial do MS beneficiando a comunidade usuária do SUS. • A preocupação na formação de generalistas para atender melhor a população.
As pesquisas sob as lógicas de mercado.	<ul style="list-style-type: none"> • Maior controle, monitoramento e acompanhamento da pesquisa. • Criação e ampliação de centros de pesquisas. • Convênios com o mercado para pesquisas do seu interesse.

Fonte: Elaboração própria (2016).

No próximo capítulo apresenta-se a conclusão desta pesquisa a partir da base teórica e da análise dos dados.

5 CONCLUSÃO

O HC UFPE é uma complexa organização pública que reúne as atribuições de hospital escola, centro de pesquisas e prestador de serviços à população do Estado e da região Nordeste. Como tal, seu funcionamento é regido tanto por lógicas endógenas quanto exógenas à profissão da educação médica. As principais lógicas atuantes na reforma do HC UFPE são aquelas referentes ao Estado, à comunidade e ao mercado.

Verifica-se inicialmente que a lógica profissional do médico educador no HC UFPE é composta das seguintes lógicas endógenas: a assistência à saúde (extensão), pesquisa, o ensino e, ainda, a gestão coletiva. A lógica da ciência favorece a lógica da atenção à saúde e mostra a coexistência e a natureza complementar das lógicas endógenas. Por outro lado, os dados sugerem que os educadores médicos no HC UFPE parecem ter perdido parte do monopólio da gestão coletiva e da pesquisa, respectivamente, para a gestão da EBSEH e para seus técnicos.

Vale ressaltar que a questão da educação profissional médica no HC UFPE ainda não foi priorizada, haja vista que, dos quatro macroproblemas identificados pelo diagnóstico realizado, neste momento, a gestão resolveu se dedicar a dois, ou seja, aos processos de gestão ineficazes e a questão da estrutura física, de recursos humanos e materiais, e optou por deixar para depois o Modelo clínico assistencial inadequado e a Dificuldade de articulação entre os interesses acadêmicos (ensino e pesquisa) e os da assistência (PDE – HC UFPE, 2015) que envolvem diretamente a lógica profissional. Quanto à racionalização dos processos, encontrou-se dificuldade de se associá-la diretamente a uma das ordens institucionais. Trata-se de um princípio organizacional de eficácia que, embora não seja dominante numa Burocracia Profissional, também se faz presente nela. A racionalização atenderá, portanto, indiretamente às lógicas que as atividades da organização favorecerem.

Com relação à reformulação do curso médico do campus Recife, e as novas técnicas de ensino através de tecnologias computadorizadas avançadas que prescindem do acesso ao paciente, estas podem colaborar para o afastamento de algumas práticas do curso médico do HC. De outro modo, o HC vem buscando sua autonomia em relação à UFPE com a criação de unidades e serviços próprios, principalmente aqueles que a universidade, como entidade

pública, não consegue atender a demanda em tempo hábil, como por exemplo, a procuradoria (setor jurídico). Assim sendo, todo este cenário indica para uma tendência para maior autonomia do HC em relação à academia, e conseqüentemente a UFPE, apesar de a maioria dos entrevistados afirmarem a necessidade de se manter este vínculo.

Constatou-se também a forte influência das lógicas estatais, através dos Ministérios da Educação e da Saúde por meio do estabelecimento de diretrizes, normas, regras e de indicadores de gestão e de resultados. E neste caminho, da própria criação da EBSEH que o Estado já a direciona no sentido de uma autonomia progressiva e cria instrumentos legais para sua maior exposição à lógica de mercado. Vale lembrar que as lógicas são interdependentes e sendo assim podem alinhar-se ou subordinar-se à outra (FRIEDLAND; ALFORD, 1999). Nesta acepção, sobre a relação entre as lógicas do Estado e do mercado, a contratação da EBSEH por empresa privada, como laboratórios, para a realização de pesquisas, aponta para a efetivação de políticas de natureza empresarial que estão previstas na constituição dos recursos da empresa, ou seja, além dos recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União têm-se as receitas decorrentes de prestação de serviços, aplicações financeiras e de acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais, entre outros (BRASIL, 2011).

Porém, apesar dessa tendência do Estado para a lógica de mercado nos HUs a insuficiência estrutural do mercado para absorver e dar coberturas adequadas a idosos, aos doentes crônicos, aos pobres, entre outros, exige que o Estado mantenha-se na área de saúde para atendimento a estes segmentos da população, e ao mesmo tempo integre-se ao mercado para atender as outras classes sociais mais rentáveis. Desse modo, mantém-se foco no SUS para as classes sociais desfavorecidas e a promoção pelo Estado da criação de mercados privados de seguros e planos de saúde para as classes sociais que podem ter acesso a estes serviços. Assim, além da proposta neoliberal do Estado mínimo, promovida pela segunda reforma gerencial do Estado a partir de 1995 (BRESSER-PEREIRA, 2006) com a separação entre financiadores e prestadores de serviços em saúde, percebe-se nos últimos anos o Estado como regulador do serviço público e privado de saúde.

Tem-se então uma articulação entre a lógica racionalizadora estatal e a lógica empresarial, esta última sendo reforçada pelo subfinanciamento que obrigaria os HUs a adotarem, como única saída, a privatização. Assim, parecem procedentes as preocupações de Andreazzi (2013) quanto aos HUs não estarem sendo intencionalmente direcionados pelo Estado a uma privatização. A lógica da comunidade se apresentou como relevante através de depoimentos que demonstram uma preocupação em melhorar o atendimento para

a população atendida através do SUS, seja através da implantação da linha de cuidados; no esforço para formação de médicos generalista e para manutenção da residência de medicina em família e comunidade, mesmo com poucos interessados; da preocupação com o nível de suprimentos necessários nas unidades de farmácia e almoxarifado para o adequado funcionamento da assistência, ensino e pesquisa, e, pelas reiteradas afirmações dos depoentes de que o hospital precisa melhorar sua gestão para prestar um bom atendimento ao usuário do SUS o que fortalece a posição da lógica do Estado com tendências para o mercado e para a comunidade que não pode ter acesso aos produtos do capitalismo. Há autores que defendem a possibilidade de lógicas concorrentes coexistirem ao longo do tempo (REAY; HININGS, 2009). No entanto, se no HC UFPE a comunidade ainda continua recebendo os serviços de atenção à saúde, o que tende a ocorrer com as pesquisas realizadas no HC UFPE sob a lógica do mercado? Será que vão atender às necessidades de saúde específicas da comunidade da região?

Por fim, pesquisas sobre HUs e com base teórica sobre ordens e lógicas institucionais ainda são incipientes, espera-se que outros trabalhos possam ser realizados para aprofundamentos e contribuições para as organizações em saúde no Brasil e para a Teoria Institucional.

A seguir apresentam-se algumas recomendações gerenciais a partir dos resultados e da conclusão desta pesquisa.

6 RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS

Nesta parte, apresentam-se algumas contribuições como forma de contrapartida a UFPE, em relação aos resultados e as conclusões sobre como as múltiplas lógicas institucionais conformam a atual reforma do HC UFPE. Mais do que recomendações gerenciais são elementos relacionados às lógicas institucionais atuantes nessa complexa organização que podem ajudar os gestores, profissionais e a todos interessados no destino dessa organização, a compreender a sua situação atual, os diferentes interesses envolvidos e tendências que se apresentam.

Ressalta-se que, nesse período de profunda crise política do Estado brasileiro, o HC UFPE se situa num período de transição em que uma empresa de configuração de Forma Divisionalizada (EBSERH), ao aplicar controles mais centralizados e formalizados, tende a transformar a estrutura organizacional das suas divisões em estruturas burocráticas próprias de grandes organizações empresariais baseadas em trabalho operacional simples e repetitivo (MINTZBERG, 1999). Ora, em hospitais universitários como o HC-UFPE, a variada gama de atividades-fim não recai nessas características, sendo complexas e, em muitos casos, voltadas para a inovação, características que se aproximam das burocracias profissionais e das adhocracias. Como se sabe, o sistema de controle da Forma Divisionalizada tende a perturbar a necessária autonomia operacional das burocracias profissionais e a enfraquecer a flexibilidade própria das adhocracias.

Assim, nesse novo modelo de gestão, sugere-se tentar minimizar os conflitos entre a lógica profissional e de inovação, e a lógica racionalizadora, a qual é mais aplicável aos processos-meio de apoio. Assim como, fomentar a colaboração profissional entre os profissionais da UFPE e da EBSERH e/ou entre os técnicos da EBSERH e os docentes que atuam no HC UFPE para minimizar a fragmentação entre estes profissionais, por um longo período ou até que o último servidor RJU do hospital se aposente, ou seja, transferido. E ao mesmo tempo, através de ações continuadas, buscar manter o equilíbrio entre as múltiplas lógicas endógenas da profissão, ciência e atenção à saúde para melhorar a articulação entre elas, e desestimular a possível dominância de uma sobre a outra.

E por fim, conforme assegurado em Ata do Conselho Universitário de 23/04/2013 que garante a exclusividade do atendimento ao SUS, corroborando com esta decisão recomenda-se não favorecer a dominância da lógica de mercado no HC UFPE através de

regulamentação no âmbito do conselho universitário e/ou através da realização de um pacto de modo a continuar garantindo o caráter de instituição pública do hospital das clínicas com atendimento exclusivo ao paciente do SUS e dedicação a pesquisas voltadas às necessidades da população mais carente, em sintonia com manutenção da autonomia universitária.

REFERÊNCIAS

ALFORD, Robert R. **Health Care Politics**: Ideological and interest group barriers to reform. Chicago: University of Chicago Press, 1975. 294 p.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 37, p. 275-284, 2013. Quadrimestral.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BRASIL. **Constituição Federal**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06 abr. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **D.O.U.** 20.09.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 23 fev. 2016.

_____. Portaria n.º 4, 29 de abril de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de maio de 2008. Seção 1, n. 83, p. 12.

_____. Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010. 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. **D.O.U.** 27.01.2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm> Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH e dá outras providências. **D.O.U.** 16.12.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm> Acesso em: 23 jun. 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, 2003. Trimestral

CHECKLAND, Kath; HARRISON, Stephen; COLEMAN, Anna. Structural Interests in Health Care: Evidence from the Contemporary National Health Service. **Journal of Social Policy**, v. 38, n. 4, p. 607-625. out. 2009.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Contribuições da perspectiva institucional para a análise das organizações: possibilidades teóricas, empíricas e de aplicação. In: CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão (Orgs.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional**. Recife: Editora UFPE, 2003. Cap. 1. p. 23-40.

CFM. **Portal Médico**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. 639 p.

DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 108 p.

DUNN, Mary B.; JONES, Candace. Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 55, n. 1, p. 114-149, 2010.

EBSERH. **Site da Ebserh**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe>. Acesso em: 06 maio 2016.

FALQUETO, Júnia Maria; FARIAS, Josivania. A trajetória e a funcionalidade da universidade pública brasileira. **Revista Gestão Universitária na América Latina – GUAL**, Florianópolis, v. 6, n.1, p. 22-41, jan. 2013.

FORD, Jeffrey D.; FORD, Laurie W. Logics of identity, contradiction, and attraction in change. **Academy of Management Review**, New York, v. 19, n. 4, p. 756-785, 1994.

FRIEDLAND, Roger; ALFORD, Robert R.. Bringing Society Back: Symbols, Practices and Institutional Contradictions. In: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J.. **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: UniversityOf Chicago Press, 1991. Cap. 10. p. 232-263.

_____.Introduciendo de nuevo a la sociedad: símbolos, prácticas y contradicciones institucionales. In: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J. **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**. México: Fondo de Cultura Económica, 1999. Cap. 9. p. 294-329. Roberto Ramón Reyes Mazzoni.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. 7. ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2008. p. 64-89.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: (ORGANIZADORA), Maria Cecília de Souza Minayo; DESLANDES, Suely Ferreira;

GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. Cap. 4. p. 79-108.

GONÇALVES, Gilson Edmar. A educação médica e o sistema de saúde. **Revista brasileira educação médica**, Rio de Janeiro.v. 26, n. 2, p. 125-127, 2002.

GREENWOOD, Royston et al. The multiplicity of institutional logics and the heterogeneity of organizational responses. **Organization Science**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 521-539, 2010.

GREENWOOD, Royston et al. Institutional complexity and organizational responses. **The Academy of Management Annals**, v. 5, n. 1, p. 317-371, 2011.

HARVEY, David. **Para entender o capital**. São Paulo: Boitempo, 2013. 335 p.

HATCH, Mary Jo; CUNLIFFE, Ann L. **Organization Theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives**. 2. ed. Oxford: Oxford university press, 2012. 370 p.

HC UFPE. **Site da UFPE**. Disponível em <<https://www.ufpe.br/hc/>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

_____.**Relatório de Gestão** (2007-2011; 2011-2013). Recife, 2013.

_____. **Relatório de Gestão** (2014). Recife, 2015.

_____.**Plano Diretor Estratégico (2016-2017)**. Recife, 2015.

_____.**Relatório de Gestão** (2015). Recife, 2016.

HCPA. **Site do HCPA**. Disponível em <<https://www.hcpa.edu.br/>>. Acesso em: 27 maio 2016.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 340 p.

LOUNSBURY, Michael. A tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds. **Academy of Management Journal**, v. 50, n. 2, p. 289-307, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 277 p.

MEC. **Portal do Ministério da Educação**. <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 06 maio. 2016.

MÉDICI, André Cezar. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001. Bimensal.

MERRIAM, Sharan B. **Qualitative Research: a guide to design and implementation**. EUA: Jossey-bass, 2009. 304 p.

MINTZBERG, Henry. **Estrutura e Dinâmica das Organizações**. 2. ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda., 1999. 537 p.

_____. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 334 p.

MS. **Ministério da Saúde**. <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 maio 2016.

NIGAM, Amit; OCASIO, William. Event attention, environmental sensemaking, and change in institutional logics: An inductive analysis of the effects of public attention to Clinton's health care reform initiative. **Organization Science**, v. 21, n. 4, p. 823-841, 2010.

OLIVEIRA, Josiane Silva de; MELLO, Cristiane Marques de. As lógicas institucionais no campo organizacional do circo contemporâneo: uma etnografia multissituada no contexto Brasil-Canadá. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 38, 2014, Rio de Janeiro. **Anais do XXXVIII EnANPAD**. 2014. p. 01 –16.

REAY, Trish; HININGS, Robert C. The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. **Organization Studies**, Canadá, v. 26, n. 3, p. 351-384, 2005.

_____. Managing the rivalry of competing institutional logics: institutional logics. **Organization Studies**, Canadá, v. 30, n. 6, p. 629-652, 2009.

REED, Michael. Teorização Organizacional: um campo historicamente contestado. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter (Orgs.). **Handbook de Estudos Organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1998. v. 1, p. 61-97.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 120p.

_____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 348 p.

SCOTT, Richard W. **Institutions and organizations: ideas and interests**. 3. ed. EUA: Sage Publications, 2008. 266 p.

SCOTT, W. Richard; MENDEL, Peter; POLLACK, Seth. Environments and fields: studying the evolution of a field of medical care organizations. In: POWELL, W.W.; JONES, D. L. **Bending the bars of the iron cage: institutional dynamics and processes**. Chicago: University of Chicago, 2000.

SUDDABY, Roy; GREENWOOD, Royston. Rhetorical strategies of legitimacy. **Administrative science quarterly**, v. 50, n. 1, p. 35-67, 2005.

THORNTON, Patricia H.; OCASIO, William. Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958–1990. **American Journal of Sociology**, v. 105, n. 3, p. 801-843, 1999.

THORNTON, Patricia H.; OCASIO, William. Institutional Logics. In: GREENWOOD, Royston et al. **The sage handbook of organizational institutionalism**. Londres: Sage Publications Ltd, 2008. Cap. 3. p. 99-129.

THORNTON, Patricia H.; OCASIO, William; LOUNSBURY, Michael. **The Institutional Logics Perspective: A new approach to culture, structure, and process**. Oxford: Oxford University Press, 2012. 234 p.

TROCHIM, William M. K. Pattern matching, validity, and conceptualization in program evaluation. **EvaluationReview**, v. 9, n. 5, p. 575-604, 1985.

UFPE. **Site da UFPE**. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/ufpenova/>> Acesso em: 20 maio 2016.

VERGARA, Sylvia Constant. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2012. 287p.

WILLIAMSON, Charlotte. Alford's theoretical political framework and its application to interests in health care now. **The British Journal of General Practice**. v.58, n.552, p. 512-516. 1 jul. 2008.

ZILBER, Tammar B. Institutional logics and institutional work: should they be agreed?. **Research in the Sociology of Organizations**, v. 39, p. 77-96, 2013.

APÊNDICE A – Roteiro geral de entrevista

- 1- Em que consiste a missão institucional do HC, houve alguma mudança?
- 2- Quais ajustes na missão o (a) Sr (a) acha que ainda são necessários?
- 3- Qual a diferença para um médico em trabalhar num HU? Por quê?
- 4- E para o paciente qual a diferença em ser atendido num HU?
- 5- Quais as dificuldades de articulação entre as áreas de ensino/pesquisa e assistência médica?
- 6- Como é fazer Atenção à Saúde e Ensino (Ciência) na EBSEERH?
- 7- Como o(a) Sr(a) ver a relação entre os grupos de médicos atuantes no HC com relação ao ensino e atenção à saúde? (1-Docentes do CCS, 2- Médicos do HC, 3- Médicos (docentes) da EBSEERH e 4- os profissionais que tem 20 horas pela EBSEERH e 20 pela UFPE).
- 8- O que o(a) Sr.(a) acha da viabilidade da elaboração dos protocolos clínicos que estão previstos no PDE?
- 9- Como o(a) Sr(a) define o modelo de atenção a saúde e de ensino do HC/CCS?
- 10- O que acha do modelo de educação médica de Caruaru?
- 11- Qual é a avaliação sobre o curso médico da UFPE? E o que o(a) Sr.(a) acha?
- 12- Quais os avanços aqui realizados e as dificuldades encontradas com relação à proposta da EBSEERH?
- 13- Quais as principais pressões externas sofridas pelo HC? E pela EBSEERH?
- 14- Palavra franqueada.