

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Por:

Mariângela Leal Cherchiglia, UFMG
Sueli Gandolfi Dallari, USP

RAE-eletrônica, v. 5, n. 2, Art. 16, jul./dez. 2006

<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=3578&Secao=ARTIGOS&Volume=5&Numero=2&Ano=2006>

©Copyright, 2006, RAE-eletrônica. Todos os direitos, inclusive de tradução, são reservados. É permitido citar parte de artigos sem autorização prévia desde que seja identificada a fonte. A reprodução total de artigos é proibida. Os artigos só devem ser usados para uso pessoal e não-comercial. Em caso de dúvidas, consulte a redação: raeredacao@fgvsp.br.

A *RAE-eletrônica* é a revista on-line da FGV-EAESP, totalmente aberta e criada com o objetivo de agilizar a veiculação de trabalhos inéditos. Lançada em janeiro de 2002, com perfil acadêmico, é dedicada a professores, pesquisadores e estudantes. Para mais informações consulte o site www.rae.com.br/eletronica.

RAE-eletrônica
ISSN 1676-5648
©2006 Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração
de Empresas de São Paulo.



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS



Escola de Administração
de Empresas de São Paulo

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

RESUMO

Em um contexto de globalização e reforma do Estado, as organizações de saúde vêm experimentando pressões para aumentarem a eficiência e a efetividade. Ocorreram mudanças nos métodos de financiamento e remuneração das ações de saúde e introdução de novos agentes de regulação. Neste estudo é discutido como esse ambiente – com restrições orçamentárias e novas regras do jogo – acarretou adaptações e mudanças institucionais em um hospital público. Foi realizado um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e foram analisados indicadores selecionados de produção entre 1994-2000 e a percepção dos trabalhadores e gerência sobre as mudanças institucionais. Para análise da percepção foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com o corpo diretivo e grupos focais com os trabalhadores. Para contornar esse ambiente de “turbulências”, o Hospital das Clínicas implementou estratégias racionalizadoras e adaptativas de mudança organizacional, aumento da produção e busca de novos parceiros-financiadores.

PALAVRAS CHAVE

Reforma do Estado, setor de saúde, eficiência, hospital universitário, hospital público.

ABSTRACT

The Brazilian health organizations have been forced to increase its efficiency and effectiveness. Changes in hospitals are observed in ways of financing and remuneration, due to the introduction of new regulation agents. The aim of this study was to know how this reforming environment, with budgetary restrictions and new game rules, was inductive of institutional adaptations in a public university hospital. A case study was carried out within the Hospital of Federal University of Minas Gerais (HC/UFMG) in order to analyze the behavior of selected production indicators for the period between 1994 and 2000. To understand how the workers and the management perceived the changes, partially structured interviews with the directive body as well as focal groups with the workers were conducted. Findings showed that in order to find a path for survival in an unstable and turbulent environment, the HC/UFMG implemented organizational strategies for adaptation, increased production and search for new supportive partners.

KEYWORDS

State reform, health sector, efficiency, university hospital, public hospital.

INTRODUÇÃO

No Brasil dos anos de 1990 o processo de reforma do Estado se baseou em um tríptico diagnóstico: crise fiscal crescente, exaustão das formas protecionistas de intervenção na economia e uma administração pública excessivamente burocrática e ineficiente. A reforma concreta do aparelho de Estado ocorreria na dimensão gestão, baseando-se nos princípios da administração pública gerencial (Brasil, 1995). Essa proposta estava inserida em uma série de doutrinas administrativas que vinha dominando a agenda de reformas burocráticas em alguns países do mundo desenvolvido, desde o início dos anos de 1980, agrupadas na expressão *nova administração pública* ou simplesmente *gerencialismo*. Combinaria as reflexões da nova economia política sobre o Estado à defesa ideológica do modelo de gestão característico do setor privado (Borges, 2000). A refundação democrática da administração pública estaria na proposta do Estado-empresário, bem como a noção de contratualização das relações institucionais. O Estado deveria ser uma empresa que promoveria a concorrência entre os serviços públicos, centrando-se mais em objetivos e resultados do que na obediência a regras. Deveria se preocupar mais em obter recursos do que em gastá-los e deveria transformar os cidadãos em consumidores, descentralizando o poder segundo mecanismos de mercado em vez de mecanismos burocráticos. O modelo burocrático é considerado inadequado na era da informação, do mercado global, da economia baseada no conhecimento e, além disso, demasiado lento e impessoal no cumprimento dos seus objetivos (Santos, 1999).

Entretanto, desde a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o setor de saúde vem passando por radical transformação. A reforma setorial da saúde não somente precedeu a reforma do Estado, mas também reafirmou o ideário de política pública universalizante, acarretando mudanças nas relações sociais – políticas, econômicas e normativas – existentes entre o Estado, a população e os agentes ou atores – financiadores, produtores e provedores – da produção de serviços de saúde. Ponto central da reforma sanitária brasileira é o processo de descentralização, envolvendo tanto a transferência de serviços como também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Passou-se de um sistema político, administrativo e financeiro centralizado para um cenário em que milhares de gestores tornaram-se atores fundamentais no campo da saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Especificamente no setor hospitalar, a força ambiental primária dirigida às mudanças ocorreu nos métodos de financiamento e remuneração das ações de saúde e na introdução de novos agentes de regulação (Roggenkamp, 2001). Com a criação do SUS, a forma de pagamento prospectivo, denominada Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foi disseminada para os prestadores de

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

serviços hospitalares ao SUS, públicos e privados. Entre os hospitais públicos, os universitários federais sofreram um impacto adicional: observou-se um panorama de desobrigação progressiva do Ministério da Educação (MEC) com esses hospitais.

Desde fins da década de 1990, novas pressões de mudança estão presentes devido à difusão da agenda da flexibilização administrativa. Coerente com o discurso da reforma do Estado e da busca de maior eficiência na gestão pública, disseminou-se a idéia de que seria necessário garantir maior autonomia e flexibilidade às unidades de saúde. Do ponto de vista microorganizacional, essas mudanças se caracterizavam pelo aumento do controle gerencial sobre o trabalho, especialmente reduzindo a autonomia médica, a infra-estrutura hospitalar por meio de novos métodos de controle de materiais e insumos e as fontes de financiamento (Costa *et al.*, 2000).

A teoria neo-institucional tem destacado o poderoso impacto das incertezas do ambiente na estrutura e nas respostas das organizações a tais incertezas – como as teorias da contingência e da ecologia populacional – enfatizando também a importância da capacidade adaptativa das organizações. Assim, segundo a teoria neo-institucional, as organizações são estruturadas pelo fenômeno em seus ambientes e tendem a se tornar isomórficas com ele. Tendências isomórficas levam organizações a adotar produtos, serviços, técnicas, políticas e programas que não resultam, necessariamente, em aumento da eficiência ou da performance. Entretanto, esses elementos são tomados por “verdadeiros”, como necessários e apropriados: eles legitimam a organização do ponto de vista interno e externo. As organizações provedoras de saúde também apresentam tendências isomórficas (Powell e DiMaggio, 1999; Hanlon, 2001). No entanto, é necessário notar que não se trata de fazer do hospital um lugar de repercussão mecânica das orientações político-ideológicas dominantes, na mesma medida em que não é possível atribuir-lhe uma autonomia total. O hospital se adapta às mudanças no ambiente, mas conserva uma importante margem de definição e tomada de decisão que correspondem a processos específicos de produção e reprodução das relações de poder dentro do hospital (Carapinheiro, 1998).

Nesse estudo, procuramos discutir como o ambiente de reforma, com restrições orçamentárias e novas regras do jogo, levou a adaptações e mudanças institucionais em um hospital público: o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Analisamos também a percepção dos atores institucionais sobre tais mudanças, bem como possíveis alterações ocorridas em indicadores selecionados de produção e produtividade.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

Em 2001 foi realizado um estudo de caso no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O HC é um conjunto hospitalar universitário de alta complexidade, com capacidade instalada para 550 leitos, estando em funcionamento 385 leitos em dezembro de 2001. O HC atende predominantemente aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), Municipal, Regional e Estadual, correspondendo a 95% de sua clientela. Atende ainda pacientes particulares e de convênios.

Para se verificar as possíveis mudanças e estratégias adaptativas adotadas pelo HC, foi feita uma análise comparativa das propostas do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e documento referencial da reforma do Estado nos anos de 1990, com as propostas contidas nos relatórios de dois eventos seminais do HC. O I Seminário (1992), realizado em duas etapas, sendo que a segunda etapa ficou conhecida como II Seminário; e o III Seminário, realizado em 1998. Esses dois seminários orientaram as mudanças estruturais organizacionais do HC em cada momento. Para a análise documental, utilizamos categorias significativas, que permitiam cotejar diferenças e similitudes entre os documentos. As categorias utilizadas foram: organização/estrutura, gestão, financiamento e relações de trabalho (Corbin e Strauss, 1998).

Adicionalmente, foi analisado o comportamento de indicadores selecionados de produção e produtividade de 1994 a 2000, buscando detectar alterações durante o período. Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo/descritivo, por meio de séries cronológicas dos seguintes indicadores: (i) arrecadação total; (ii) produção hospitalar e ambulatorial para o SUS e o setor privado de saúde; (iii) média de permanência; e (iv) taxa de ocupação. A seleção dos indicadores norteou-se na proposta de Médici e Girardi (1996) modificada por Cherchiglia *et al.* (1998) e nos estudos de Ibañez *et al.* (2001).

Os dados de produção hospitalar (internações) e ambulatorial (como consultas, exames etc.) para o SUS – e seus respectivos valores – foram obtidos a partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do consolidado produzido pelo DATASUS/Ministério da Saúde. Selecionou-se essa fonte por ser o documento de faturamento ao órgão remunerador/financiador dos serviços de saúde. A AIH e o SIA são totalmente informatizados, permitindo um resgate mais detalhado e confiável através de meio magnético. Os demais dados de produção e arrecadação do Hospital das Clínicas foram fornecidos pela Divisão Financeira e Seção de Convênios do Hospital das Clínicas – UFMG.

Todos os dados sobre valores estão em reais, corrigidos para dezembro de 2000 pelo Índice de Preço ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA-IBGE).

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

Para a análise da percepção dos agentes foram realizadas 23 entrevistas semi-estruturadas com a direção: com o diretor, em exercício em 2001, e ex-diretores; com as chefias intermediárias (cinco administrativas, quatro clínicas e a coordenação de enfermagem); e com o presidente em exercício em 2001 e dois ex-presidentes do Conselho Administrativo do Hospital das Clínicas – diretores da Faculdade de Medicina.

Para a análise da percepção dos trabalhadores foram constituídos grupos pequenos (6-10 pessoas) de composição heterogênea (Krueger e Casey, 2000), levando em consideração as seguintes variáveis: profissão de base, vínculo empregatício, posição funcional e especialidade médica. A escolha aleatória dos integrantes dos grupos foi feita a partir do cadastro de profissionais do Departamento de Recursos Humanos do Hospital das Clínicas. Os integrantes de cada grupo foram voluntários, selecionados a partir da disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Procurou-se contar, nos diferentes grupos, com trabalhadores representantes dos diversos setores, que estivessem exercendo atividades no Hospital há pelo menos quatro anos.

Foram realizados cinco grupos focais, quais sejam: médicos de diferentes especialidades, profissionais de nível superior em serviços de saúde, auxiliares de enfermagem e técnicos do serviço de apoio ao diagnóstico e terapêutica (SADT), profissionais administrativos e de serviços gerais de diferentes setores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mudanças organizacionais e gerenciais para os novos tempos

No Quadro 1 estão descritas as principais diferenças entre as propostas do I Seminário e o III Seminário do HC. Pode-se afirmar que, no Seminário de 1992, as discussões estavam voltadas para o ambiente interno do HC, ou seja, a reestruturação de seu modelo organizacional, assistencial e pedagógico respondendo mais a uma necessidade interna – por ausência ou colapso de modelo anterior – do que para se adequar às mudanças no ambiente externo. O III Seminário em 1998 ocorre dentro do processo de consolidação das reformas do Estado e setorial. A proposta de reestruturação visou proporcionar ao HC maior agilidade e flexibilidade operacional, para atender às demandas dos novos financiadores/compradores: os governos municipal e estadual e os planos e convênios privados de saúde.

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

QUADRO 1 – Síntese das categorias analisadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado e nos relatórios do I e III Seminários do Hospital das Clínicas/UFMG.

<i>Categorias</i>	MARE	I Seminário	III Seminário
Organização/Estrutura	Setor de serviços não-exclusivos ou competitivos; Publicização: transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos; Instituição: organizações sociais; Estrutura: horizontalizada.	Integração das unidades ambulatorial e hospitalar; Criação das Divisões Clínicas e Administrativas compostas por unidades descentralizadas, com autonomia de gestão, agrupadas por afinidade técnico-operacional; Estrutura verticalizada.	Definição das "unidades de produção" (Unidades Funcionais – UF): estruturas descentralizadas e autônomas que têm em comum um produto ou serviço; contrato de gestão (comprometimento de metas e resultados); Estrutura mais horizontalizada.
Gestão	Princípios da administração gerencial: ação orientada para o cidadão-cliente; definição precisa dos objetivos; autonomia do administrador na gestão dos recursos; ênfase no controle dos resultados através dos contratos de gestão; competição administrada no interior do Estado.	Política gerencial deve obedecer aos critérios de delegação de competência, descentralização, gerência participativa e autonomia da chefia setorial, de acordo com as prioridades do modelo assistencial.	Projeto gerencial coerente com a missão do hospital; descentralização das decisões e responsabilidades; autonomia gerencial; definição de metas e avaliação de resultados no contrato de gestão; planejamento estratégico e participativo.
Financiamento	Setor de serviços competitivos ou não exclusivos: financiado pelo Estado (mas não são estatais); venda de serviços e doações por parte da sociedade.	Grande dependência do governo federal (MEC, INAMPS, MS); Expectativa de financiamento baseado no orçamento global; Recursos próprios: aumento da produção de serviços para o SUS e para convênios e particulares.	Financiamento via orçamento (MEC): pagamento de parte da folha salarial, Recursos próprios: venda de serviços ao SUS, planos de saúde privado e particulares.
Relações de Trabalho	Valorização do funcionalismo, profissionalização do servidor; avaliação de desempenho como base para implantar gratificações de produtividade; servidor deve ter consciência da missão institucional e conhecimento dos resultados globais desejados.	Elemento estratégico do modelo assistencial/organizacional; política permanente de desenvolvimento de RH; incentivo à produção deve ser para todas as categorias profissionais; as contratações devem ser exclusivamente por concurso público.	Elemento estratégico para que a missão do HC seja alcançada; avaliação de desempenho, ligada ao planejamento e capacitação permanente; pagamento de produtividade refletindo o desempenho do hospital.

Fonte: Brasil (1995). *Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Estado e Cadernos do MARE*. Brasília: c.1 a c.17 e Relatório Final do I e III Seminários do Hospital das Clínicas da UFMG.

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

Observamos em todas as categorias analisadas que o HC vinha progressivamente se abrindo e se adaptando às conjunturas do ambiente externo. Segundo Costa *et al.* (2000), na busca de sobrevivência as instituições públicas de saúde têm realizado mudanças organizacionais, procurado novas fontes de financiamento e parcerias institucionais. No entanto, essas mudanças ocorreriam de modo fragmentado, localizado e experimental. Seria uma espécie de “reforma silenciosa e não explícita”, configurando-se um processo de socialização de normas e redesenho de valores sobre as funções do Estado ou o papel das organizações públicas. A experiência de adaptação vivenciada pelo HC, na década de 1990, poderia ser um exemplo dessa “reforma silenciosa”.

É interessante observar que, de certa maneira, as propostas, apresentadas no III Seminário, e em implantação no HC, em 2002, já se encontravam em discussão desde o início dos anos de 1990, com o I Seminário. A necessidade de uma estrutura mais horizontal, em que o poder das categorias profissionais – médica e de enfermagem – fosse reduzido, já encontrava eco desde aquela época, bem como a necessidade de uma gerência profissionalizada com autonomia, flexibilidade e agilidade na tomada de decisão. Dessa forma, o projeto de descentralização proposto no III Seminário, a criação das Unidades Funcionais (UF), aprofundou e incorporou algumas das proposições e elementos do discurso da reforma administrativa, como o contrato de gestão, avaliações de desempenho, criação do Conselho de Usuários do HC e a necessidade de uma gerência eficiente.

As UF passaram a ser as células administrativas do hospital, dotadas de autonomia para gestão de recursos e gerenciamento de processos, com estrutura multidisciplinar. O contrato de gestão passou a ser o mecanismo para que se pactuassem metas de trabalho, obrigações, responsabilidades e recursos, estabelecidos de comum acordo entre a unidade funcional e a diretoria. O organograma, apesar de atender às pressões corporativas, tornou-se mais horizontal, diminuindo os níveis hierárquicos. A proposta em implementação no HC, a partir do III Seminário, está em consonância com o modelo adotado – e considerado um sucesso – por alguns hospitais públicos brasileiros (Cecílio, 1997).

Utilizando a perspectiva neo-institucionalista de Powell e DiMaggio (1999), pode-se afirmar que o HC mimetizou um exemplo bem-sucedido de organização gerencial, o que lhe garantiria legitimidade perante os financiadores-compradores e a sociedade. Aumentava, assim, sua probabilidade de sobrevivência e êxito em face de um ambiente de incertezas.

Uma outra hipótese no ambiente microorganizacional postula que as organizações hospitalares, complexas e com monopólio de competência, tendiam a acumular elevada “folga organizacional” ao longo de sua formação (Costa *et al.*, 2000). Ou seja, pela ausência de constrangimentos externos ou

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

incentivos internos, a maioria das organizações podia operar abaixo de sua capacidade (física e humana). Parece-nos que o HC vinha mobilizando as possíveis reservas adquiridas nos tempos de bonança financeira, o que permitia um processo paulatino de mudanças para enfrentar as situações de incerteza em seu entorno, especialmente no comportamento da política pública. Portanto, quando pressões regulativas, normativas e cognitivas foram suficientemente fortes no ambiente organizacional (externo), a necessidade de reconhecimento social e aceitação venceu o peso da imutabilidade da organização (Scott, 1987). Ocorreram mudanças que resultaram em novas estruturas ou processos que podem se tornar institucionalizados dentro da organização ao longo do tempo. A teoria institucional sublinha que a mudança organizacional procura a construção de legitimidade que pode ser obtida ou assegurada ao adotarem-se estruturas e processos prevalentes no campo das organizações, como o de isomorfismo (Deephouse, 1996; Suchman, 1995).

Produção de serviços para o setor público e privado

Na Tabela 1 são apresentadas as principais fontes de arrecadação do Hospital das Clínicas – UFMG entre 1994-2000. Observamos um crescimento da arrecadação do HC de 136% nestes anos. A prestação de serviços foi a grande fonte, com aumento de 106%, entre os anos analisados. O ano de 1997 foi o mais profícuo para o HC na celebração de convênios com outros órgãos públicos – secretarias de saúde do município e do estado e com órgãos federais –, quando chegou a representar 23% do total arrecadado, mostrando uma tendência de queda nas transferências por convênios nos anos seguintes, com ligeira recuperação em 2000.

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO
 Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

TABELA 1 – Total arrecado em real corrigido para valores de dezembro de 2000*.

FONTE/ANO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prestação de Serviços</i>	16.218.466,00	17.083.903,00	22.202.381,00	24.707.937,00	25.270.967,00	29.719.498,00	33.564.454,00
<i>SUS</i>	14.801.728,00	15.467.608,00	20.603.169,00	22.808.103,00	22.366.392,00	25.692.125,00	28.039.893,00
<i>Convênios/Particular</i>	1.416.738,00	1.616.295,00	1.599.212,00	1.899.834,00	2.904.575,00	4.027.373,00	5.524.561,00
<i>Convênio com Órgão Público</i>	-	-	5.688.219,00	7.631.648,00	4.251.544,00	3.137.581,00	4.280.877,00
<i>Outros**</i>	-	-	-	317.639,00	223.252,00	334.956,00	528.148,00
Total	16.218.466,00	17.083.903,00	27.890.600,00	32.657.224,00	29.745.763,00	33.192.035,00	38.373.479,00

Fonte: Divisão Financeira do Hospital das Clínicas/UFMG.

. * Valores em Real corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado – IPCA/IBGE.

** Outros = renda de aplicações financeira + taxa editais + venda de sucatas e refrigerantes, etc.

Na análise da arrecadação advinda da prestação de serviços, podemos notar que a proveniente do SUS varia, no período estudado, de 91% a 83% do valor arrecadado. No entanto, o percentual da receita proveniente de convênios com planos de saúde e com clientela particular no total da receita de prestação de serviços praticamente dobrou entre 1994 e 2000 (9% e 16,5%, respectivamente). A arrecadação por prestação de serviços ao SUS cresceu cerca de 89% e a de convênios e particulares 290%, entre 1994 e 2000.

Um dos pilares da proposta da reforma do Estado brasileiro na década de 1990 foi a separação entre financiamento e provisão dos serviços. O núcleo da mudança foi a perda do repasse automático de recurso orçamentário público por série histórica ou reembolso da conta apresentada – pagamento retrospectivo pelo custo – e sua substituição pelo repasse, quase que exclusivamente, devido à remuneração da produção de serviços prestados ao SUS (Almeida, 1999; Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Colocou-se um preço em todas as atuações dos hospitais públicos e, portanto, fazer somente o que seria pago poderia ser contraditório com os valores e princípios da *res publica* no setor de saúde. Segundo Duckett (1995), a ênfase na mensuração e precificação de produtos ocorreu não somente no cuidado hospitalar, mas seria uma característica contemporânea das estratégias de mudanças do setor público de muitos países.

Os indicadores de produção hospitalar e ambulatorial para o SUS são apresentados na Tabela 2. Ao se analisar a produção de serviços para o SUS, observa-se que o número das AIH realizadas pelo HC sofreu quedas e recuperações e, ao final do período, mostrou um incremento de 49%.

TABELA 2 – Número e valor da produção hospitalar e ambulatorial para o SUS, Hospital das Clínicas da UFMG (1994-2000).

	Hospitalar		Ambulatorial	
	Número	Valor	Número	Valor
1994	10.606	11.080.835,00	811.752	7.896.419,00
1995	9.987	8.383.058,00	820.682	6.613.327,00
1996	15.096	10.929.763,00	934.940	7.018.519,00
1997	17.402	11.011.270,00	892.974	6.342.427,00
1998	16.281	12.479.664,00	917.340	7.406.169,00
1999	17.468	16.692.561,00	1.060.432	9.767.731,00
2000	15.834	12.763.657,00	1.038.656	10.471.087,00

Fonte: Datasus/MS.

* Valores em Real corrigidos a valores de dezembro de 2000 pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado – IPCA/IBGE.

Entretanto, o valor recebido pelas AIH aumentou apenas 15%, entre 1994 e 2000, com redução de 25% no seu valor médio. A produção ambulatorial apresentou uma variação positiva de 28% (33% no valor) no mesmo período.

É importante destacar que em 2000 ocorreu uma greve dos servidores estatutários do HC que durou cerca de 90 dias. Esse período de greve pareceu afetar mais profundamente a produção hospitalar do que a ambulatorial. Deve-se atentar ainda para o fato de que as AIH produzidas pelo HC recebiam, até final de 2000, acréscimo de 75% em seu valor devido ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS), pago pelo Ministério da Saúde aos hospitais universitários. A partir deste ano, os hospitais passaram a receber um valor fixo mensal, sendo que o HC recebeu, naquele ano, 385 mil reais mensais como incentivo ao ensino e pesquisa em saúde.

Não é surpreendente o crescimento da produção, em particular a hospitalar do HC para o SUS entre 1994 e 2000. Infere-se que o aumento de produção poderia estar relacionado, ainda que indiretamente, a um aumento de registros. Estudos sobre a utilização de formas de pagamentos prospectivos baseados no diagnóstico, como a AIH, têm demonstrado que, após os primeiros anos, os médicos aprendem (e são incentivados pelos hospitais) a codificar mais apuradamente os diagnósticos (Mikkola *et al.*, 2001). Um outro ponto, talvez o mais importante para os hospitais públicos e universitários, foi seguir a “regra do jogo”, ou seja, aumentar a produção para continuar sobrevivendo. Essa hipótese também foi aventada por Duckett (1995), quando avaliou a introdução de mecanismo semelhante ao da AIH na Austrália, para explicar o aumento de internações nos hospitais universitários australianos.

Um dado que chamou a atenção no HC foi o aumento pouco significativo da produção ambulatorial (27%) entre 1994 e 2000, principalmente se levar em conta que a hospitalar cresceu 49% no mesmo período. Esse fato parece colocar o HC na contramão das mudanças ocorridas no setor saúde neste final de milênio. O processo de crescimento da participação do setor ambulatorial na economia hospitalar parece ser um fenômeno atual, decorrente de mudanças na forma de financiamento à saúde, utilizando-se até mesmo incentivos financeiros para ambulatorização; inovações tecnológicas; maior aceitação por parte do paciente; e controle dos custos pelos compradores-financiadores dos serviços (Cherchiglia *et al.*, 1998; Mikkola *et al.*, 2001; McKee e Healy, 2002).

Pode-se afirmar que o Hospital das Clínicas vem se tornando, a exemplo de outros hospitais de ensino, importante parceiro dos gestores do SUS, pois vem aumentando sua participação no volume de internações realizadas pelo SUS. Tanto em estudos realizados no Estado do Rio de Janeiro quanto em

Belo Horizonte foram reportados crescimentos da ordem de 54% e 300%, respectivamente, entre 1992 e 1996 (Gouvêa *et al.* 1997; Jorge *et al.*, 1998). Portanto, a “abertura” do HC para o SUS de Belo Horizonte poderia ser importante estratégia na busca de reconhecimento e legitimação e, conseqüentemente, maior probabilidade de obter recursos e sobreviver (Suchman, 1995; Meyer e Rowan, 1999).

A Tabela 3 mostra a freqüência e o valor dos serviços de internação e atendimento ambulatorial prestados a convênios e particulares pelo Hospital das Clínicas – UFMG entre 1997-2000.

TABELA 3 – Número e valor da produção hospitalar e ambulatorial para o setor privado de saúde, Hospital das Clínicas da UFMG (1997-2000)*.

	Convênios					
	Hospitalar		Ambulatorial		Total	
	Número	Valor**	Número	Valor	Número	Valor
1997	631	935.621,27	441	63.489,52	1.072	999.110,79
1998	1.585	2.241.651,19	4.405	104.061,87	5.990	2.345.713,06
1999	1.960	3.271.282,54	8.352	283.020,08	10.312	3.554.302,62
2000	1.874	4.790.871,51	2.971	676.357,29	4.845	5.467.228,80

	Particulares					
	Hospitalar		Ambulatorial		Total	
	Número	Valor	Número	Valor	Número	Valor
1997	674	840.950,05	1.795	225.470,93	2.469	1.066.420,98
1998	525	727.109,98	1.689	177.881,60	2.214	904.991,58
1999	378	744.380,56	1.003	138.222,50	1.381	882.603,05
2000	374	613.230,75	1.851	163.157,22	2.225	776.387,97

Fonte: Divisão Financeira e Seção de Convênios do Hospital das Clínicas/UFMG.

* Dados mais detalhados sobre convênios com planos de saúde e atendimento de paciente com desembolso direto (particulares) só estão disponíveis a partir de 1997, quando foi criada a Seção de Convênios.

** Valores em Real corrigidos para dezembro de 2000 pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado – IPCA/IBGE.

Os dados sobre convênios com planos de saúde e atendimento de paciente com desembolso direto (particulares) apenas estão disponíveis a partir de 1997, quando foi criada a Seção de Convênios.

Destaca-se o crescimento da importância dos convênios com planos e seguros privados de saúde na economia do Hospital das Clínicas, apesar de representarem apenas 5% do atendimento. O número de atendimento de conveniados aumentou 4,5 vezes e o valor recebido em cerca de 14 vezes, destacando-se o incremento da produção ambulatorial em torno de 6,5 vezes e de sua receita mais de 10 vezes. Notam-se também o crescimento do valor médio das internações em 72% e dos procedimentos ambulatoriais em 50%.

Entretanto, observa-se a queda constante da receita com particulares perante aquela advinda de planos de saúde. Em 1997 representava 70% do somatório dessas duas fontes e apenas 13% em 2000. No entanto, ocorreu um decréscimo de apenas 10% no número de pacientes e na receita com particulares.

É ínfima a participação do Hospital das Clínicas no mercado de planos e seguros de saúde, apesar do crescimento de sua importância na economia do HC. A postura pouco agressiva do HC nesse mercado parece estar na cultura bastante arraigada de atendimento gratuito ao paciente indigente visando ao ensino. Também pode ser devida, entre outras razões, à necessidade de cumprir o preceito constitucional de equidade do acesso e da atenção, uma vez que é um hospital público. Agrega-se a isso a forte competição nesse mercado e a estrutura e organização gerencial burocrática e pouco flexível do HC que não conseguiria atender com presteza as demandas dos compradores privados de serviços nem ser eficiente na organização interna (como melhoria dos processos de cobranças, evitar glosas às faturas etc.). Segundo Suwandono *et al.* (2001), é necessário atentar para o fato de que hospitais públicos, ao se abrirem para o mercado privado de saúde, necessitam ter uma administração e um sistema de custos efetivos para serem capazes de monitorar e controlar os custos incorridos dessas atividades.

A média de permanência e a taxa de ocupação dos leitos do HC é mostrada na Tabela 4. Houve queda constante da média de permanência no HC nos anos analisados, com redução de 29% do tempo de permanência, passando de 7,8 dias para 5,5 dias. A taxa de ocupação nos leitos do HC permaneceu estável, em torno de 70%, registrando em 1996 sua maior taxa de ocupação (75%).

Tabela 4 - Média de permanência e taxa de ocupação (%), Hospital das Clínicas/UFMG (1994-2000).

CLÍNICAS SELECIONADAS/GERAL	ANOS						
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Média de Permanência	7,79	7,67	7,48	6,81	6,06	5,88	5,56
Taxa de Ocupação	70,80	74,24	74,78	69,36	67,29	73,13	72,95

Fonte: SAME/HC/UFMG.

A queda constante da média de permanência hospitalar nos anos analisados acompanhou o movimento geral de queda desse indicador ocorrida no mundo ocidental (Duckett, 1995; Gouvêa *et al.*, 1997; Jorge *et al.*, 1998; Mikkola *et al.*, 2001; Ibañez *et al.*, 2001, Mckee e Healy, 2002). Entre as possíveis explicações podem ser citadas a maior precisão e rapidez no diagnóstico, devido ao desenvolvimento dos serviços complementares; o desenvolvimento tecnológico ocorrido com drogas, órteses e próteses; e novas tecnologias cirúrgicas que influenciam diretamente no tempo de internação necessário para o restabelecimento dos pacientes (Bittar, 1996). Outro fator determinante foi a utilização de controle de preços no sistema de saúde, especialmente a remuneração por diagnóstico, que têm incentivado os hospitais a darem altas mais precoces. Muitos pesquisadores têm discutido as implicações, para a saúde e recuperação dos pacientes, da redução da média de permanência (Duckett, 1995; Mikkola *et al.*, 2001). É interessante notar que, apesar da queda da média de permanência no HC para 5,5 dias, ela foi maior do que em hospitais privados brasileiros de mesma complexidade (3,7 dias) e próxima de alguns hospitais sob organizações sociais (Bittar, 1996; Ibañez *et al.*, 2001). Como já referido, os hospitais públicos de ensino são mais influenciados pela necessidade social, atendendo pacientes crônicos, com patologias mais graves, sem suporte familiar ou da comunidade para uma alta precoce, o que, sem dúvida, irá influenciar a média de permanência.

Segundo Malik e Teles (2001), dados de hospitais privados que atendem somente pacientes com cobertura de saúde suplementar (planos de saúde) e de desembolso direto mostraram uma taxa de ocupação em torno de 90%. A taxa de ocupação do HC, entretanto, esteve em torno de 70%, sendo que em algumas clínicas esteve abaixo desse percentual. A taxa do CTI pediátrico, por sua vez, esteve próxima dos 100%, evidenciando a demanda reprimida nessa especialidade (Malik e Teles, 2001).

Percepção dos atores institucionais: resistência e pragmatismo

Foi consenso que os anos de 1990 trouxeram mudanças, em especial para as organizações e trabalhadores do setor público de saúde. A municipalização e a mudança na forma de financiamento dos hospitais universitários federais foram lembradas como os fatores mais importantes a influir na vida do HC nestes tempos de reforma.

As mudanças no financiamento e as alternativas encontradas pelo HC para contornar as dificuldades decorrentes foram vistas até mesmo como positivas, pois impulsionaram um processo de reestruturação e reorganização gerencial do HC, levando à racionalização de custo e à “necessidade” de eficiência. O tempo do desperdício estaria ficando no passado. Essa percepção vai ao encontro da noção de “folga organizacional” utilizada por Costa *et al.* (2000) para tentar explicar a manutenção da ineficiência e do baixo empenho dos hospitais públicos nos anos de 1990.

Então, o que aconteceu? Com essa diminuição do financiamento do hospital, o hospital foi obrigado, já que havia uma limitação de orçamento e uma dependência cada vez maior dos próprios recursos para poder manter o hospital, houve uma implementação de determinadas medidas que agora culmina nesse processo de unidades funcionais, um processo de melhoria da gerência. (...) Claro que o único fator não foi a reforma do Estado, houve também a consciência que não era correto manter um paciente no hospital por um tempo maior que o necessário para fazer as intervenções necessárias. A gente nota, ao longo do tempo, principalmente agora mais recente, um aumento da taxa de ocupação e a diminuição do tempo de permanência. Isso é uma mudança muito grande no processo de trabalho lá dentro. Eu acho que isso fundamentalmente foi motivado, não por achar que isso era o mais correto, mas porque foi forçado devido à situação de penúria financeira. Foi obrigado a tomar medidas. O desperdício diminuiu brutalmente, as compras melhoraram sensivelmente, comprar melhor, saber comparar melhor. Então, a crise de financiamento trouxe como consequência uma melhoria da gerência. (Entrevista)

Observação interessante foi a de que a reforma setorial da saúde trouxe um impacto mais substantivo na reestruturação do Hospital do que a “reforma maior”, a do Estado. Com o processo de municipalização dos serviços de saúde de Belo Horizonte, consolidado no início de 1993, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH) passou de simples prestadora de serviços a gestora do sistema de saúde, controlando a quase totalidade das ações de saúde desenvolvidas no município,

com a prerrogativa de administrar o pagamento dos prestadores controlados e conveniados ao SUS. Ao assumir a condição de gestora do SUS em Belo Horizonte, a SMS/BH tornou-se a principal fonte de recursos (financiador/regulador/comprador de serviços) e ator-chave da relação com os provedores de serviços de saúde no município e em especial com o HC (Campos *et al.*, 1998).

A “abertura para o SUS”, a partir do estabelecimento de uma nova relação entre a SMS/BH e o HC, corporificada na criação do Pronto Atendimento Clínico, em 1996, significou para a grande maioria dos trabalhadores, gerência e diretoria profundas mudanças na organização e no próprio comportamento das pessoas. Nas palavras de um entrevistado,

Aí foi feito um acordo (da Secretaria Municipal de Saúde) com o hospital, de dar dinheiro para o hospital, para o hospital realmente criar o pronto atendimento dele. Eu acho que esse foi um marco que mudou substancialmente, porque aí obrigou o hospital a se inserir no SUS. (Entrevista)

Como visto, os hospitais universitários vêm se tornando importantes parceiros do SUS, com crescimento expressivo do número de internações e procedimentos realizados nestes hospitais (Gouvêa *et al.*, 1997; Jorge *et al.*, 1998). A importância dessa parceira foi assim expressa por um entrevistado:

Às vezes a gente tem mais interesse em ter uma boa relação com o gestor, às vezes até do que com o próprio reitor, porque o reitor mais ou menos você consegue conviver, por justiça nós nunca tivemos problemas na relação com o reitor, mas com o gestor nós tivemos problema de relação e é complicadíssimo, porque é quem nos sustenta aqui. Isso mudou totalmente a situação do hospital. (Entrevista)

A mudança da política de financiamento do governo federal foi apontada, por unanimidade dos entrevistados, como a responsável pela “abertura para os planos e seguros de saúde”, destinando 30% de seus leitos para essa clientela. Todos a justificaram como a possibilidade de manter o HC funcionando, aberto para SUS. Cohn (1999), referindo-se à mesma medida tomada pelo HC/USP, questiona se essa política, sem o devido controle social, não levaria à “privatização dos serviços” por práticas gerenciais que permitissem a seletividade do acesso da clientela, temor este partilhado pelos entrevistados.

TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Mariângela Leal Cherchiglia – Sueli Gandolfi Dallari

[...] Então a política do governo está sendo implantada da forma mais perversa do mundo. Ele está nos obrigando a receber a privatização por dentro, ou seja, dar acesso aos seguros de saúde privados, de uma forma privilegiada, em leitos exclusivos, para que a gente tenha condição de atender uma maioria de leitos públicos. (Entrevista)

[...] Então, a gente começa a utilizar a mesma metodologia que a gente sempre criticou há anos atrás, que é a metodologia da sobrevivência capitalista mesmo: o que se paga melhor então a gente vai estar atendendo, o que se paga pior a gente vai estar tentando segurar [...] (Entrevista)

A reestruturação e a inovação gerencial estavam direcionadas para a busca da eficiência, da flexibilização, da agilidade na tomada e na implantação de uma decisão com o objetivo de atender às demandas dos novos parceiros (gestor municipal e estadual) e planos e seguros privados de saúde. É interessante notar que elas trouxeram algumas das propostas consideradas fundamentais pela “nova administração pública”, alcançando, assim, o *status* institucional, não requerendo ações evidentes para dar continuidade a sua existência (Scott, 1987).

[...] Porque um hospital particular dá lucro e um hospital público não dá? Eu sempre pensei em um hospital como uma empresa. O Hospital das Clínicas tem as características próprias, mas ele é uma empresa e, como empresa, ele tem que ter condições de se auto-sustentar. Quer dizer, têm determinadas nuances, de pertencer à rede SUS, que você tem que respeitar, os convênios que o hospital faz, o custo do ensino, há a questão da pesquisa e tudo mais. (Entrevista)

As resistências às mudanças organizacionais foram de toda ordem e de todas as categorias profissionais. Os professores/médicos resistiram passivamente – não se inserindo nos debates; os profissionais de enfermagem tentaram delimitar seu poder em posições “fechadas” dentro da categoria; os técnicos e administrativos contribuíram com a morosidade dos processos e no aumento do absenteísmo. Segundo Cecílio (1997, 1999), o grau de resistência ou oposição é proporcional à estrutura previamente existente. Quanto mais estruturados os corpos funcionais em organogramas formais, maior seria a dificuldade de mudança. Observamos que os três segmentos eram bastante estruturados no HC, o que poderia representar maior dificuldade na implementação das mudanças.

Chama a atenção que a resistência à abertura do HC para o SUS, que significa se submeter à lógica e às regras que norteiam o sistema municipal de saúde, ocorreu tanto por parte dos trabalhadores técnicos e administrativos e seu sindicato, devido ao aumento da carga de trabalho, como por parte dos professores que perderam “autonomia” e passaram a se amparar no discurso da integralidade do atendimento:

Greve, não, mas certamente o que a gente pode observar a partir da discussão com o sindicato, principalmente, é que há uma resistência, sim. O trabalhador não consegue ter uma visão mais ampla no sentido de pensar que nós estamos fazendo parte de um sistema, esse sistema tem que atender uma determinada demanda. Então, ele fala que aquilo diminui a qualidade do trabalho, que aumenta o estresse, aumenta a quantidade do trabalho. (Entrevista)

No entanto, a resistência às mudanças organizacionais, ocorridas na última década, geralmente não foi explícita e nem organizada. Apareceram mais como pequenos boicotes, desinteresse e medo do “novo”, não sendo, portanto, intransponíveis. Malik e Teles (2001), em estudo sobre a utilização de iniciativas de qualidade em hospitais, encontraram uma atitude favorável à implantação dessas iniciativas por parte do corpo funcional. Talvez fosse essa a percepção da gerência do HC ao afirmar:

Houve, não, há, em grande quantidade, de toda as ordens e de todos os níveis, entre professores, entre funcionários, há grandes resistências entre a estrutura de enfermagem. Isso a gente observa todos os dias, em pequenos atos. Agora, também, elas não têm sido resistências intransponíveis, não. Está havendo um certo acolhimento dessas propostas de mudança. (Entrevista)

Hernandez e Caldas (2001), em revisão crítica sobre o tema da resistência à mudança – um dos tópicos mais estudados no campo organizacional –, contestam pressupostos comumente relacionados à resistência como: (i) um fato natural e inevitável; (ii) algo nocivo às organizações e às iniciativas de mudança; (iii) algo que ocorre apenas entre empregados e (iv) um fenômeno massificado. Segundo os autores, a resistência pode ser fenômeno positivo, saudável e contributivo. Portanto, algumas resistências relatadas podem ser oportunas para se repensar os caminhos propostos:

Com a mudança das marcações de consulta pela central de marcação, acabou isso, acabaram as filas, porém dificultou mais o acesso das pessoas ao hospital. Então, existem clínicas que têm uma resistência. Não estão querendo colocar a marcação deles para a central. Por quê? Porque não está bom, não está legal. Então, eu acho que em alguns aspectos existem resistências sim, com relação a algumas mudanças. Porque se fosse para melhorar, eu acho que tudo que é para melhorar a gente tem que ficar aberto, mas quando você vê que não está dando resultado, aí a pessoa fica realmente resistente nesse ponto. (Entrevista)

Para Carapinheiro (1998) a sensibilização e a aderência às políticas de racionalização dos recursos têm sido progressivas, notando-se maior permeabilidade dos vários grupos profissionais aos problemas da gestão hospitalar, nomeadamente dos médicos, mas nesse caso estabelecendo-se medidas cautelares da autonomia na gestão dos serviços.

CONCLUSÕES

O Hospital das Clínicas, a exemplo dos hospitais públicos brasileiros, buscou legitimar-se e adaptar-se às novas demandas e restrições impostas pelo ajuste estrutural da economia e pela reforma do Estado.

As mudanças organizacionais do HC refletiram a tentativa do Hospital de se adaptar e sobreviver em um ambiente de escassez de recursos e mudanças do padrão de regulação. Essa estratégia de proteção incluiu táticas como reestruturação organizacional com a criação das unidades funcionais (UF), voltadas para a busca da responsabilização, descentralização, eficiência, flexibilidade, agilidade na tomada e implantação de decisões; maior articulação com os gestores municipal e estadual, inserindo-se de forma incisiva no SUS/BH, além da busca por recursos no mercado privado de saúde em face dos cortes de recursos orçamentários provenientes do governo federal. Uma outra estratégia foi a adoção de um conjunto de procedimentos com o objetivo de cortar custos operacionais em atividades consideradas não prioritárias e aumentar a produção de serviços. Essas mudanças encontraram resistências, como boicotes e não-adesão ao projeto das UF, e estão sendo enfrentadas paulatinamente.

Entretanto, essas são alternativas racionalizadoras e paliativas e não podem ser freqüentemente repetidas ou sustentadas diante de persistentes cortes de recursos públicos. A *racionalização* de

recursos sob os auspícios do mercado é míope e ineficiente, pois ela cria uma imensa pressão, por redução de custos, em instituições que, justificadamente, devem operar a custos mais elevados: é o caso dos setores de missão social pronunciada, nos quais, tradicionalmente, a função de provisão pública e planejamento estatal têm sido mais fortes, como os setores saúde e educação. Em um processo de redesenho das funções do Estado e do papel das organizações públicas, valores e metas finalísticas de justiça social, equidade e promoção de oportunidade – e não apenas o cumprimento de metas eficientistas – são princípios inarredáveis.

AGRADECIMENTOS

Ao apoio financeiro da *Organização Panamericana de Saúde e da CAPES*, e ao empenho por parte da direção e chefias e trabalhadores do Hospital das Clínicas da UFMG no sentido de viabilizar cada etapa do trabalho. À dedicação de Laís Silva Cisalpino e Rodney Lincoln de Matos na coleta e sistematização dos dados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

BITTAR, O. J. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 53-60, 1996.

BORGES, A. Ética Burocrática, Mercado e Ideologia Administrativa: Contradições da Resposta Conservadora à “Crise de Caráter” do Estado. *Dados*, v. 43, n. 1, p. 119-151, 2000.

BRASIL. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. p. 86.

CAMPOS, C. *et al.* O setor público de saúde em Belo Horizonte: mudanças para a cidadania. In: REIS, A. T. *et. al* (eds). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 120-135.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto (Portugal): Edições Afrontamento. 1998.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não? *Revista de Administração Pública*, v. 33, n. 2, p. 23-37. 1999.

CHERCHIGLIA, M. L.; GIRARDI, S. N.; VIEIRA, R. C.; MARQUES, R. B. A.; ROCHA, P. M. W.; PEREIRA, L. A. C. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-95. *Pan American Journal of Public Health*, v. 4, n. 2, p. 112-120, 1998.

CLAD/Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento, Uma nova gestão pública para a América Latina. *Revista do Servidor Público*, v. 50, n. 1, p. 123-147, 1999.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, v. 11, n. 2, p. 183-197, 1999.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

DEEPHOUSE, D. L. Does the isomorphisms legitimate? *Academy of Management Journal*, v. 39, n. 4, p. 1024-1039, 1996.

DUCKETT, S. J. Hospital payment arrangement to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia. *Health Policy*, v. 34, p.113-134, 1995.

GOUVÊA, C. S; TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. Produção de serviços de saúde e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil – 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 601-17, 1997.

HANLON, N. T. Sense of place, organizational context and the strategic management of publicly funded hospitals. *Health Policy*, v. 58, n. 2, p. 151-173, 2001.

HERNANDEZ, J. M. C; CALDAS M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*, v. 41, n. 20, p. 31-45, 2001.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, *I Seminário do Hospital das Clínicas*. Belo Horizonte: 1º set. 1992.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, *III Seminário do Hospital das Clínicas*. Belo Horizonte: 1º abr. 1998.

IBAÑEZ N.; BITTAR, O. J. N. V.; SÁ, E. N. C; YAMAMOTO, E. K.; ALMEIDA, M. F.; CASTRO, C. G. J. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 391-40, 2001.

JORGE, A. O. *et al.* As internações Hospitalares em belo Horizonte e o sistema municipal de controle e avaliação – algumas considerações. In: REIS, A. T. *et al.* *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 325-335.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3 ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.2, p.269-291, 2001.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

McKEE, M.; HEALEY, J. *Hospitals in a changing Europe*. London: European Observatory on Health Care Systems. United Kingdom: 2002.

MEDICI, A. C.; GIRARDI, S. N. Produtividade e Força de Trabalho em Saúde: Uma Abordagem Pragmática para sua Mensuração. Belo Horizonte: mimeo, 1996. p. 30.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito e ceremonia. In: POWELL W. W, Di MAGGIO P. J. (org.). *El nuevo institucionalismo en el analisis organizacional* México: Fondo de Cultura Economica, 1999. p. 79-103.

MIKKOLA, H.; KESKIMÄKI, I.; HÄKKINEN, U. DRG-related prices applied in a public health care system- can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy*, v. 59, n. 1, p. 37-51, 2001

NOGUEIRA, R. P; SANTANA, J. P. Human Resource Management and Public Sector Reforms: Trends and Bases of a New Approach. In: FERRINHO, P.; DAL POZ M. (eds.) *Towards a global health workforce strategy*. ITGPress. Bélgica: 2003. p. 285-293.

POWELL, W. W; Di MAGGIO, P. J. Retorno a la jaula de hierro: el isomorfismo institucional y la racionalidad colectiva en los campos organizacionales. In: POWELL, W. W.; DI MAGGIO P. J. *El nuevo institucionalismo en el analisis organizacional*. México: Fondo de Cultura Economica, 1999. p. 104-125.

ROGGENKAMP, S. D.; WHITE, K. R. Is hospital case management a rationalized myth? *Social Science & Medicine*, v. 53, n. 8, p.1057-66, 2001.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1999.

SCOTT, W. R. The adolescence of institutional theory. *Administrative Science Quarterly*, v. 32, n. 4, p. 493-511. 1987.

SOUZA, R. G; BODSTEIN, R. C. A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 7, n 3, p. 481-492, 2002.

SUCHMAN, M. C. Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, v. 20, p. 571-610, 1995.

SUWANDONO, A.; GANI, A.; PURWANI, S.; BLAS, E.; BRUGHA, R. Cost recovery beds in public hospitals in Indonesia. *Health Policy and Planning*, v. 16, n. 2, p. 10-18, 2001.

Artigo recebido em 15.09.2004. Aprovado em 21.10.2005.

Mariângela Leal Cherchiglia

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Interesses de pesquisa nas áreas de políticas de saúde, economia da saúde, gestão e mercado de trabalho em saúde.

E-mail: cherchml@medicina.ufmg.br

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, 9º andar, Belo Horizonte – MG, 30 130-100.

Sueli Gandolfi Dallari

Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Livre-Docente em Direito Sanitário pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Doutora em Saúde Pública.

Interesses de pesquisa nas áreas de direito sanitário, vigilância sanitária e políticas de saúde.

E-mail: sdallari@usp.br

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, São Paulo – SP, 01246-904.