UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÀO : POLÍTICAS E GESTÃO INSTITUCIONAL

TERCEIRIZAÇÃO:

UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO INOVADORA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

JANICE BEATRIZ SOMENSI

FLORIANÓPOLIS
2002

JANICE BEATRIZ SOMENSI

TERCEIRIZAÇÃO:

UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO INOVADORA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração.
Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Pós-Graduação em Administração. Área de Concentração em Gestão Institucional.

Orientador: Prof. Nelson Colossi, Dr.

FLORIANÓPOLIS
2002

JANICE BEATRIZ SOMENSI

TERCEIRIZAÇÃO:
UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO INOVADORA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Grau de Mestre em Administração na área de concentração em Políticas e Gestão Institucional do Curso de Pós –Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, em sua forma final, em 07 março de 2002.

Prof. José Nilson Reinert
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora integrada pelos professores:

_____
Prof. Nelson Colossi, Dr.

_____
Profª. Alacoque Lorenzini Erdmann, Drª.

_____
Prof. Lucio Botelho, Dr.

DEDICATÓRIA

À todos os amigos que acreditaram e comigo se alegraram, em cada momento deste empreendimento, que por serem muitos e de diversas formas terem colaborado, não me é possível distingui-los.
Ao meu filho amado, André Luiz, benção divina que impulsiona minha vida.

AGRADECIMENTO

À DEUS, senhor de tudo e de todos, por ter me concedido a oportunidade da vida e com ela um caminho repleto de alegrias onde familiares, amigos, mestres, colegas de turma, e colaboradores diversos, compactuaram para que o meu ensejo se concretizasse.
Ao Professor Tiago, pela rica colaboração na revisão final deste trabalho.

RESUMO

Com o propósito de aferir se a Terceirização, como Tecnologia de Gestão confere Inovação às Organizações Hospitalares, o presente estudo procurou investigar os processos de terceirização ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica acerca dos temas envolvidos, onde buscou-se descrever através da visão de diversos autores: a terceirização, o ambiente organizacional hospitalar, a inovação como conceito e os processos de inovação em organizações hospitalares. Os dados foram obtidos através de entrevistas estruturadas e interpretados qualitativamente e a apresentação das informações coletadas subdividiu-se em duas partes: na primeira parte traçou-se o perfil da organização estudada e na Segunda parte apresentou-se o resultado das investigações efetuadas em torna das questões de pesquisa, de forma a responder às perguntas norteadoras, realizando-se o objetivo deste estudo. Os resultados do estudo demonstraram que a Terceirização no HU não foi um movimento administrativo estratégico, mas uma conseqüência da reestruturação de cargos, imposta pela estrutura burocrática à qual o mesmo está vinculado. Muito embora alguns dos serviços terceirizados do HU configurem como necessidade à sua eficiência funcional (manutenção, lavanderia, vigilância), o impacto da falta de planejamento na maioria dos serviços terceirizados causa constrangimentos financeiros e gerenciais, limitando a força inovadora que esta tecnologia de gestão poderia conferir ao mesmo. Apesar dos fatos apurados, é evidente o dinamismo administrativo e o esforço coletivo dos dirigentes do HU, atendendo à uma necessidade premente das organizações hospitalares, cujo ambiente exige constante atualização tecnológica e humana, onde a construção de um projeto específico de terceirização resulte em propostas concretas e inovadoras para a melhoria dos serviços prestados.

ABSTRACT

With the purpose to confront if the " Rendered Services by third party" as Management Techonology bestowes innovations to Hospitalar Structures, the actual study tries to investigate the process that took place at the University Hospital of Universidade Federal de Santa Catarina. It started with a bibliographic search concerning the involved subject, where one quested to describe trough the many different author´s vision the Hospital´s ambiance structure, the innovation as a concept and the process of innovation at the Hospital´s structure. The datas were obtained trough structural and qualitatively interpreted interviews, and the collected information was subdivided in two parts. The first one featured the studied organization´s profile, and the second one the result of the performed investigations about the search´s subject, so that it could respond the guiding questions accomplishing the intent of this study. The outcome of this efforts to learn, gave evidences that the " Third party rendered services" at the University Hospital, were not a strategical administrative gesture, but a consequence of the changing of the structure of functions imposted by the bureaucratical structure in wich it is entailed. Although some of University Hospital´s rendered services by third party duties required figures as a necessity to its functional efficiiency (maintenance, laundry, vigilance) the impact of the lack of a planning on most of such rendered duties originates a finnancial and management constrain, refraining the innovatory force that such technology management could grant to itself. Despite of the examined occurences, it is patent the administrative dynamism and the common efforts of the University Hospital´s managers to comply with the pressing requirements of the Hospital´s organizations, which ambiance demands for a continuos human and technological updating, where the construction of a specific project for third party rendering services may result in innovatory and factual proposal to the improvement of the rendered services.

Sumário

1. **Introdução**.....10
1.1 Problema de pesquisa.....13
1.2 Objetivos 13
1.2.1 Objetivo Geral 13
1.2.2 Objetivos Específicos 13
1.3 Justificativa.....14
1.4 Estrutura da Dissertação.....14

2**. Base Conceitual** 16
2.1.Terceirização.....16
2.2.1. Conceitos e objetivos 17
2.2.2. Contexto administrativo.....19
2.2.Organizações Hospitalares 36
2.2.1 Origem.....41
2.2.2 Funções.....45
2.2.3. Características administrativas.....51
2.3. Inovação na Organização Hospitalar 55

3. **Metodologia** 63
3.1 Descrição da Pesquisa.....63
3.2 Dados: tipos, coleta e tratamento.....65

4. **Análise dos dados**.....68

5. **Conclusão** 87

6. **Referências Bibliográficas** 91

ANEXO I - Enunciados N° 256 e N° 331 96

ANEXO II - Roteiro de Entrevista 97

Lista de Ilustrações

Quadro 01: Número de Leitos para Internação 40
Quadro 02: Informantes chave.....66
Quadro 03: Taxas de ocupação, permanência, mortalidade e infecção hospitalar..72
Quadro 04: Internações.....72
Quadro 05: Estatística anual.....72

Lista de Gráficos

Gráfico I : Atividade terceirizadas.....35
Gráfico II: População residente urbana e rural 40

1. Introdução

Desde os mais remotos tempos, a área da saúde constitui-se de prioritária importância, nas suas mais diferenciadas formas e especialidades, no equilíbrio e na manutenção da qualidade de vida da sociedade.

As unidades hospitalares, por sua vez, em sua missão de proporcionar assistência médica integral, têm procurado atender as necessidades da população que delas dependem. Tal busca se iniciou da caridade de ordens religiosas em seu esforço para diminuir o sofrimento dos enfermos e passou pela curiosidade científica e dedicação de profissionais médicos e enfermeiras, limitados pela falta de informações científicas, porém não menos eficientes, que eram a própria organização, exercendo todas as funções e tarefas no atendimento dos pacientes.

Hoje, nossas organizações hospitalares reúnem profissionais das mais diversas áreas para prover e criar soluções de diagnóstico, cura ou prevenção, movidos pelo ideal de uma sociedade saudável.

Notamos que a busca é incessante e proporcional às dimensões e à complexidade das organizações, ficando nítida a importância da administração na área da saúde para criar condições mais favoráveis ao trabalho especializado exigido.

Mas é no convívio de uma organização hospitalar, participando de suas rotinas, observando suas dificuldades e o empenho das pessoas que fazem parte da instituição, colaboradores, voluntários, a enfermagem, o corpo clínico, entre outros, para tornar possível, dentro de suas limitações técnicas e humanas, a satisfação de seus clientes e daqueles que vêem na instituição sua esperança de cura ou melhoria de condições de sobrevivência.

Para tanto, neste estudo identifica-se a estrutura organizacional hospitalar, os seus componentes e características inovadoras decorrentes do processo de terceirização, assim pretende-se contribuir para reforçar as idéias de que as organizações hospitalares, apesar de serem empresas com alta complexidade estrutural, podem ser competitivas e auto-suficientes, contrariando o estigma de

rigidez processual e dependência de recursos públicos, observadas as características norteadoras de cada instituição.

O mapeamento da estrutura organizacional hospitalar, bem como a ênfase nos aspectos de entendimento do processo empreendido, podem diminuir a resistência ao processo e construir clima facilitador às mudanças e inovação da organização.

A terceirização como proposta de mudança organizacional e seus aspectos nas relações das empresas públicas e privadas, que serão abordados neste trabalho, corroborará a justificativa das dificuldades de desenvolver o setor hospitalar - no aspecto administrativo - dadas as dificuldades de aceitação de processos de mudanças, discutidas por teóricos da administração como Quinn (1996), Nadler; e Tushman (1997), entre outros.

O planejamento de uma mudança organizacional deve incluir um programa de comunicação e inicialmente atingir o público interno. O moderno conceito de terceirização inclui, além da reestruturação organizacional, verdadeiro choque cultural e comportamental.

A idéia predominante no final dos anos 80, quando se iniciou o amplo processo de terceirização no país, e que continua até hoje, é a seguinte: as organizações se tornarão mais leves e flexíveis na medida em que se concentrarem naquilo que realmente sabem fazer, garantindo produtos e serviços com melhor qualidade e, consequentemente, maior competitividade com sensível redução de custos.

Segundo Hendry (1997), uma das mais fortes tendências do setor empresarial nos últimos dez anos tem sido a terceirização. Cada vez mais, e com mais convicção, os grandes grupos empresariais têm buscado reduzir custos através da contratação de profissionais externos para os serviços e atividades tradicionalmente realizados dentro da empresa. Começando pelos serviços de apoio, como a administração dos refeitórios e da limpeza, tal abordagem se estendeu rapidamente às funções centrais, incluindo os sistemas de informação, contabilidade e recursos humanos, e até mesmo as operações tradicionais, como a pesquisa e desenvolvimento, logística e produção.

É nesse contexto que a terceirização ganha impulso, introduzindo novos indicadores na produtividade industrial. Tudo isso, porém, só será possível se os fornecedores de serviços forem especializados, competentes e estiverem em sintonia com os propósitos da organização contratante, formando assim uma eficiente parceria.

De certa forma, a terceirização pode ser vista como resposta lógica às novas tecnologias de gestão, oferecendo vantagem de custos. De outro, é vista como resposta racional à acirrada competição internacional e à recessão econômica mundial. Também é produto de um terceiro conjunto de forças, mais ligadas à forma de gestão, à ideologia política de não vínculo empregatício e à lógica econômica do que ao raciocínio competitivo.

A ideologia de mercado é geralmente associada à privatização de empresas estatais. De igual importância é o desenvolvimento de mercados internos e a terceirização de serviços nos órgãos públicos. A mesma ideologia que sustenta essas tendências apóia desenvolvimentos paralelos na economia privada e é continuamente desafiada a assumir uma postura “profissional” e a substituir suas hierarquias pesadas por estruturas de rede mais enxutas e com maior orientação para o mercado (Hendry,1997).

Com todas essas forças em operação, é compreensível que muitas empresas achem irresistível a pressão para terceirizar. A noção de que a terceirização pode ser inadequada se tornou quase inconcebível hoje. Como acontece com todas os conceitos de gestão, entretanto, sua conveniência depende de circunstâncias específicas.

Diante disso, o futuro deveria ser uma época boa para os sonhadores e visionários do mundo dos negócios, pois as barreiras à inovação, os bloqueios à inspiração e à imaginação estão sendo derrubados um a um. Os negócios estão gradualmente quebrando os grilhões de uma ordem social que dizia às pessoas qual era o lugar delas - e que permanecessem nele.

Um ambiente inovador é descrito por Quinn (1996) como dinâmico, oportunista e imprevisível, exigindo estrutura organizacional flexível, com boa capacidade de resposta e descentralizada. Todavia, aponta a complexidade dos problemas como exigência de especialização e centralização de habilidades.

A terceirização pressupõe jogo negocial com regras novas, incluindo modificações na estrutura empresarial, como a que reconhece e dá supremacia ao conhecimento do parceiro. Por isso, a identificação de pressupostos organizacionais inovadores, nas empresas de saúde que realizam terceirização e nas suas prestadoras de serviço, podem garantir o sucesso de seu processo de terceirização.

1.1 Problema de pesquisa

A realidade em que estão vivendo as empresas na busca de se posicionar no imaginário do consumidor tem conduzido as mesmas a se tornar mais eficientes para serem competitivas. Então, o fenômeno da tecnologia da Terceirização veio como resposta importante, dando as empresas a oportunidade de serem mais competitivas delegando a terceiros as atividades meio e por vezes as fins com o propósito de levar um produto ou serviço a ter maior qualidade e preço justo.

Ciente da tendência do mercado à terceirização e das exigências dessa prática quanto à reformulação da estrutura organizacional com vistas ao sucesso da organização, construiu-se o seguinte problema: **qual a relação existente entre o processo de terceirização das organizações hospitalares e a sua inovação?**

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral:

Identificar nas contratações de serviços terceirizados da empresa hospitalar, as ações administrativas que constituem em fatores de inovação;

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar as ações administrativas da empresa hospitalar em processos de terceirização, influenciaram a estrutura organizacional.
- Verificar nas ações administrativas desta empresa hospitalar, as que se constituem em inovação organizacional.

- Propor medidas administrativas facilitadoras dos processos de terceirização hospitalar.

1.3 Justificativa

Este trabalho justifica-se pela importância com que a tecnologia de Terceirização tem se posicionado para muitas empresas, como suporte para realização de atividades das mesmas, conferindo-lhes maior competitividade frente a nova ordem econômica da globalização. Cabe ressaltar que o principal requisito exigido no atual cenário econômico é a eficiência operacional das organizações, onde o uso da tecnologia da Terceirização tem em muito colaborado.

Este trabalho pode, ainda, levantar questões importantes de planejamento estratégico de empresas hospitalares em processos que levem em consideração novas tecnologias de gestão como a terceirização.

Outra razão, também importante, são os poucos escritos sobre o assunto, principalmente nos trabalhos acadêmicos de Santa Catarina. Com isso espera-se que este também possa contribuir para despertar o interesse por parte de outros pesquisadores, aprofundando e verificando variáveis do tema.

1.4 Estrutura da Dissertação

Este trabalho estrutura-se em cinco blocos: o Primeiro elucida ao leitor as razões que motivaram esta iniciativa citando objetivamente os elementos que irão figurar no decorrer da leitura. A Segunda parte, de caráter teórico, traz o embasamento conceitual necessário à compreensão do tema, corroborando as afirmações e ou informações que possam originar-se deste, dentro da abrangência de suas possibilidades.

A Terceira parte, justifica a escolha da metodologia de pesquisa, perante a comunidade acadêmica para conferir ao estudo ordem científica. Na Quarta parte apresentam-se os dados coletados para a realização deste trabalho, extraindo-se dos mesmos, em confrontação às teorias vigentes, os subsídios necessários para responder o problema de pesquisa, razão deste estudo.

A Quinta parte revela a contribuição que o trabalho pode oferecer aos escritos teóricos sobre o tema abordado, reforçando ou levantando possibilidades diferentes, de acordo com o que o ambiente de estudo representa no seu segmento de mercado, respeitando-se sua individualidade, complexidade e importância como organização hospitalar.

2. Base Conceitual

2.1.Terceirização

A divisão social do trabalho constitui o sistema de interconexão entre atividades especializadas na sociedade, representando corpos diversos de conhecimento especializado manifestados através daquelas atividades. Nesse sentido é possível distinguir o conhecimento de senso comum, que deve ser compartilhado por todos os adultos no curso de suas atividades diárias, daquele conhecimento especializado que é compartilhado por grupos particulares de pessoas que realizam atividades também especializadas e específicas (Kisil, 1994).

Berger; e Luckmann (1974) lembram que, para entender a institucionalização do conhecimento em uma profissão ou processo de profissionalização, é necessário definir a direção que este processo de profissionalização toma e definir o estágio final do profissionalismo que uma ocupação pode alcançar.

Esse processo de profissionalização normalmente se inicia através da identificação de uma necessidade social não atendida, ou mal-atendida, pelas profissões existentes. Quanto mais complexa a atividade, maiores são as chances de exigir conhecimento formal específico para executá-la, e treinamento educacional formal para atendê-la (Kisil, 1994).

Nas organizações tal necessidade acompanha os processos de inovação, que exigem metodologias gerencias com vistas à flexibilidade organizacional acompanhada de altos níveis de eficiência. A terceirização tem sido apontada como alternativa eficaz.

Autores como Leiria (1995), Queiroz (1992) e Giosa (1995) ensinam que a prática de contratar terceiros surgiu nos Estados Unidos por volta se 1940, como processo e técnica de gestão administrativa-operacional, quando, após a eclosão da II Guerra Mundial, esse país aliou-se aos países europeus para combater as forças nazistas e posteriormente o Japão.

A terceirização foi muito aplicada durante a guerra pois as indústrias bélicas precisavam concentrar-se no desenvolvimento da produção, cada vez melhor, de armamentos a serem usados contra as forças do eixo, e desta forma descobriram

que algumas atividades de suporte poderiam ser passadas a outros empresários prestadores de serviços, mediante sua contratação (Giosa, 1995).

De acordo com Leiria; e Saratt (1995) e Queiroz (1992), a terceirização consolidou-se como técnica administrativa eficaz e eficiente - se aplicada adequadamente - a partir da década de cinqüenta, quando ocorreu o desenvolvimento acelerado da indústria.

Segundo Giosa (1995), a utilização dessa técnica nos países de primeiro mundo foi devido à "descoberta do cliente": as empresas precisavam voltar-se para o cliente, e esta foi a oportunidade para reflexão na busca de novas saídas competitivas. O autor prossegue dizendo que as empresas começaram a questionar as atividades secundárias executadas internamente e a redefinir a verdadeira missão da empresa.

E assim a terceirização foi introduzida de forma plena pelas empresas, referenciando sempre a concepção estratégica de implementação. A importância da concepção da terceirização como estratégia da organização se refletiria nos resultados obtidos com tal prática, traduzidos na ausência de desvantagens administrativas com sua implementação.

Queiroz (1992) alerta que desde a sua implantação até a década de oitenta, a terceirização era conhecida como contratação de serviços de terceiros e sua aplicação visava tão somente a reduzir os custos de mão de obra. O autor prossegue afirmando que as empresas se utilizavam desse recurso apenas para obter alguma economia em atividades pouco significativas, não se preocupando ainda em gerar ganhos de qualidade, eficiência, especialização, eficácia e produtividade.

2.2.1. Conceitos de Terceirização

Apresenta-se aqui um panorama dos conceitos de terceirização existentes na literatura, mostrando as várias visões sobre o assunto, cada um abordando aspectos comuns e procurando ir do mais simples ao mais completo:

- Tudo o que não é vocação de uma empresa deve ser entregue para especialistas (Leiria; Sout; e Saratt, 1995).

- É uma tendência de comprar fora tudo o que não fizer parte do negócio principal da empresa (Costa; Maciel; e Abreu, 1992).
- É uma tendência de transferir, para terceiros, atividades que não fazem parte do negócio principal da empresa (Giosa, 1995).
- É uma tendência moderna que consiste na concentração de esforços nas atividades essenciais, delegando a terceiros as complementares (Giosa,1995).
- É a passagem de atividades e tarefas a terceiros. A empresa concentra-se em suas atividades-fim, aquela para a qual foi criada e que justifica sua presença no mercado, e passa a terceiros (pessoas físicas ou jurídicas) atividades-meio (Davis, 1992).
- Indica a presença de uma outra empresa, 'terceiro', que, com competência, especialidade, qualidade e ainda, em condições de parceria, venha a prestar serviços a uma empresa contratante (Queiroz, 1992).
- É um processo de gestão pelo qual se repassam algumas atividades para terceiros - com os quais se estabelece uma relação de parceria - ficando a empresa concentrada apenas em tarefas essencialmente ligadas ao negócio em que atua (Giosa, 1995).
- É uma tecnologia de administração que consiste na compra de bens e/ou serviços especializados, de forma sistêmica e intensiva, para serem integrados na condição de atividade-fim da empresa compradora, permitindo a concentração de energia em sua real vocação, com intuito de potencializar ganhos em qualidade e competitividade (Fontanella; Tavares; e Leiria (1994).

Fontanella; Tavares; e Leiria (1994) em complemento ao seu conceito, afirmam que a terceirização é uma tecnologia administrativa que tem como objetivo a concentração de esforços na razão de ser da empresa (atividade-fim), transferindo para terceiros especialistas tudo aquilo que fizer parte das atividades-meio. Os autores complementam essa idéia com a subdivisão dos objetivos da terceirização:

- acesso a tecnologias de última geração;
- renovação da cultura através da parceria com empresas que vivenciam experiências num circuito diferente da contratante - entrelaçamento de culturas diferenciadas;

- o forte investimento na atividade-fim, sem dispêndio de energia nas tarefas auxiliares;
- diminuição de custos fixos e economia de escala.

Fontanella; Tavares; e Leiria (1994) reconhecem ser inegável que o conceito e a prática da terceirização estão vinculados também à redução de custos, mas não somente à isto. Os autores prosseguem afirmando que a terceirização objetiva o aumento da competitividade, servindo-se de melhores tecnologias, buscando o desperdício zero e a conseqüente redução de custos fixos. E alertam: diminuir o quadro de pessoal e escolher fornecedores usando o menor preço coloca sob forte ameaça o futuro da empresa, além de não ser terceirização.

É oportuno, continuam os autores, ressaltar a diferença entre as prestadoras de serviços e as empresas de trabalho temporário, também chamadas fornecedoras ou locadoras de mão-de-obra. De acordo com a legislação, define-se as últimas como a pessoa natural ou jurídica urbana, cuja atividade é fornecer a outras empresas força de trabalho em caráter temporário (Lei n.º 6.019/74). Isso significa que os locados têm, em seus quadros, profissionais das mais diversas especialidades, com o único objetivo de atender, em situações de emergência - e sempre em caráter temporário necessidades de outras empresas. E a cessão é limitada a noventa dias.

A advogada Maria Aparecida Artiolli Moretto, professora do Direito do Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, RS, ressalta: “Sem dúvida, a terceirização significa uma evolução para as empresas, simplificando a parte administrativa, desburocratizando, diminuindo custos.” Maria Aparecida ressalta também que, além de haver o resguardo da sua atividade-fim, a empresa deve cuidar para que o contrato seja feito com terceiro preexistente, a fim de não caracterizar “arranjo momentâneo”. E, sempre, zelar pelo cumprimento da lei: “O terceiro deve ser real, ter capital real e mão-de-obra regulada de acordo com a lei”. (ANEXO I)

2.2.2. Contexto administrativo

Estamos vivendo uma época de profundas mudanças em todas as dimensões do mundo e principalmente nas relações de trabalho e na organização das

empresas. Segundo Codo; e Sampaio (1995) a conjuntura que provocou tudo isso foi a seguinte: crise cíclica do capitalismo, acirramento da concorrência, crise no padrão de acumulação representado pelo fordismo. Diante disso, as empresas são obrigadas a mudar se quiserem sobreviver.

Oliveira (1994) adverte que atualmente as empresas não têm alternativa senão continuar buscando aumentar a competitividade: procurando constantemente novos e melhores meios de, ao mesmo tempo, reduzir custos e melhorar a qualidade de seus produtos, senão perderão a possibilidade de competir no mercado. E conclui que a terceirização é um dos procedimentos de ação nesse sentido.

Codo; e Sampaio (1995) dão duas alternativas para as empresas diante dessa conjuntura: automação de base microeletrônica e reorganização da empresa em novas bases. A terceirização está incluída na segunda, juntamente com todas as outras técnicas americanas e japonesas que surgiram para ajudar as empresas nessa difícil transição.

Alvarez (1996) destaca alguns elementos que, segundo ele, estão presentes no universo de opiniões que envolve o tema: parceria, qualidade e mudança. Na sua opinião, o saudável relacionamento entre cliente e fornecedor proporciona vantagem competitiva advinda de estratégia bem fundamentada. Tal estratégia compreende ação solidária entre as partes, prevalência do interesse mútuo pela qualidade e adoção da terceirização em momento adequado.

Quinn (1996), faz alusão à terceirização dentro de sua abordagem sobre conhecimento e organizações de serviço, ao afirmar que à medida que os estrategistas desenvolveram uma política gerencial a longo prazo em torno das atividades selecionadas, a empresa em si pode realizá-las melhor, e à medida que melhoram ou terceirizam agressivamente aquelas em que não podem se sair bem, criam uma estratégia para a empresa muito mais precisa e duradoura do que aquelas orientadas para o produto. Como importante benefício colateral, impedem que se perca terreno para terceiros capazes de identificar tais potenciais perdidos como oportunidades para reduzir custos ou aumentar consideravelmente os lucros depois dessa conquista.

Quinn (1996) defende a idéia de que concentrar a organização em seu próprio conhecimento interno, nas suas habilidades de serviço e nas de seus

fornecedores, afasta cada vez mais a administração da tarefa de supervisão e da distribuição de bens fiscais e físicos, aproximando-a da administração de habilidades humanas, bases de conhecimento e intelecto tanto dentro da empresa quanto em seus fornecedores.

O autor prossegue sua defesa das práticas de terceirização salientando que essa forma de gestão ajuda a evitar a diluição de esforços internos, impedindo ou revertendo a formação de burocracias internas com todas as suas ineficiências. Consequentemente, a competitividade é consequentemente construída à medida que a organização se livra de atividades não-essenciais. Outra vantagem enfatizada por Quinn é que os melhores talentos nas diferentes esferas organizacionais ficam disponíveis para a organização, proporcionando maior qualidade e flexibilidade do que a estrutura interna poderia conseguir.

No entanto, Quinn (1996), observa que a terceirização tem riscos que devem ser considerados quando o processo não tem origem estratégica. Cita o autor como principais preocupações: (1) possível união imperfeita entre as habilidades selecionadas para agora e as necessárias para a dominância no futuro; (2) a perda de bases de habilidades que poderiam tornar-se centrais no futuro; (3) a perda de habilidades funcionais internamente necessárias para os projetos simultâneos de *design* ou para as equipes funcionais cruzadas de desenvolvimento conjunto com grupos externos; (4) a perda de potencial de controle sobre fornecedores cruciais; (5) a possibilidade de um fornecedor dominar as habilidades necessárias e entrar no mercado, sobrepujando a companhia compradora; (6) superdependência de um fornecedor que, por razões totalmente exógenas, pode tornar-se indigno de confiança, além de (7) conflitos entre as prioridades do comprador e do vendedor em momentos desastrosos.

O autor ressalta em suas considerações, a importância da estratégia administrativa no gerenciamento das dificuldades acima citadas, tornando-as inócuas ou minimizando suas conseqüências.

A dificuldade maior, segundo Quinn (1996), é o problema de formar equipes interfuncionais ágeis e intimamente integradas para inovação dentro da organização. Ao entrar em um relacionamento de terceirização a longo prazo, envolvendo inovação, o pessoal do parceiro pode vir a trabalhar dentro da empresa compradora,

com intuito de desenvolver novos projetos, garantindo o relacionamento íntimo entre o pessoal da organização compradora e o parceiro terceirizado.

Outro fato enfatizado pelo autor diz respeito à competição do terceiro com a organização compradora, após um período de convivência e aprendizagem tecnológica. Este risco pode, e é, minimizado com estratégias administrativas do tipo fragmentação da terceirização e monitoração do fornecedor para analisar seu desenvolvimento e posição no mercado, identificando possíveis abordagens de infiltração. Observa-se que se for de serviços - meio ou complementares este risco é menor, mas se for “fim” a competição pode ser inevitável.

Ao ser implantado um processo de terceirização, deverá ser analisado com critérios o interesse da organização ao adotar essa alternativa. Quando os fatores motivadores de sua implementação restringem-se ao suporte a outras medidas administrativas, como, por exemplo, a redução do quadro de pessoal, o insucesso é o mais provável.

Ao analisar quaisquer mudanças significativas em uma organização, como as que envolvem a terceirização, precisamos questionar não só como afetarão os sistemas operacionais, mas também como afetarão os infra-sistemas e os sistemas informais de ajuste. Os infra-sistemas são constituídos por toda a estrutura interna de relacionamentos, hierarquia e poder de uma organização, ou a maneira como a organização trabalha. Como sistemas informais de ajuste destacam-se, entre outros, as redes de comunicação e a circulação de informação informal na organização.

Desprovida de qualquer pretensão de ser novidade, a terceirização impressiona pela singeleza, sendo sem dúvida o caminho : “tudo o que não constitui atividade-fim da cadeia produtiva de um negócio pode ser delegado a terceiros” (Leiria; e Saratt, 1995).

Estes autores recomendam a identificação das atividades que podem ser entregues a prestadores de serviços paralelamente a um processo de informação do público interno decisor das contratações. Observam, ainda, que a divulgação do intuito de terceirizar e o cadastro das empresas que poderão ser contratadas contribui para o êxito em caso de litígio trabalhista.

Os passos seguintes são a contratação por meio de concorrência ou carta convite entre empresas, preferencialmente com localização regional, com a

identificação prévia dos critérios a serem exigidos dos terceiros. Alguns pontos, segundo Leiria; e Saratt (1995), devem ser examinados:

a) O contratado deverá estar estabelecido como empresa regular antes da efetivação do contrato, o que significa ter todas as licenças necessárias e exigidas pelas autoridades públicas.
b) É prudente evitar sociedades feitas entre cônjuges, entre pais e filhos e, ainda as realizadas às vésperas da contratação, pois, em caso de risco econômico do empreendimento, inexiste a salvaguarda da meação, concorrendo todos os bens da família na quitação dos débitos da sociedade. Outro alerta importante: recusar empresário de uma só contratação e empresa em nome individual, ou aquelas que não exibam sua contabilidade antes da contratação.
c) A idoneidade do terceiro é fundamental. A empresa contratante deve examiná-la nos seguintes pontos: contrato social, atividade-fim, composição societária, responsabilidade dos sócios, capital social, bens imóveis, seguros, certidão de arquivamento do contrato social, situação perante a Previdência Social, situação perante a Justiça Federal, situação perante a Justiça Comum, situação perante a Justiça do Trabalho, situação perante o Ministério da Fazenda, situação perante a Prefeitura Municipal, estrutura patrimonial (três últimos balanços, capacidade operacional (máquinas, equipamentos, veículos, quadro de pessoal)
d) O comportamento do terceiro em relação a gestão de seus recursos humanos nunca pode ser esquecido. A empresa tomadora dos serviços deve verificar: registro de empregados, controle de freqüência, composição da folha de pagamento, forma de pagamento de salários, pagamento da carga horária trabalhada, adicional noturno, adicional de insalubridade/periculosidade, pagamento dos repousos remunerados e feriados, contratos de prorrogação de jornada de trabalho, contribuição sindical e previdenciária, salário família, salário maternidade, imposto de renda retido na fonte, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, atendimento a convenções coletivas, demais determinações de proteção ao trabalho e salário.

Leiria; e Saratt (1995) recomendam, ainda, a observação de alguns fatos no momento da consolidação da nova parceria:

- Tipo jurídico do contrato a ser utilizado em cada caso (prestação de serviços, empreitada, compra-e-venda, outros pactos).
- Acompanhamento adequado do contrato, não configurando "ato de subordinação" do terceiro. Se isso acontecer, haverá mais um departamento na empresa. O terceiro deve ser realmente terceiro.
- Comportamento do pessoal vinculado aos terceiros. Evitar a rotatividade dos empregados contratados por diversas prestadoras de serviços para uma mesma empresa contratante, sob o risco desta tornar-se proprietária daquele vínculo empregatício.

Um problema específico de instituições de saúde, segundo Etizioni (1976) é a distinção de dois grandes grupos de profissões de saúde de nível universitário:

. Profissões primárias, que "encontram no sistema de saúde o seu ponto natural e quase exclusivo de aplicação" (por exemplo: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia) e

. Profissões secundárias, para as quais a saúde representa apenas um dos vários campos de aplicação (por exemplo: administração hospitalar, arquitetura hospitalar).

Os problemas existentes entre os profissionais primários do setor saúde, principalmente os médicos, e os profissionais secundários, como o administrador de serviços de saúde, são bem analisados por Etzioni (1976) ao discutir o conflito entre autoridade administrativa (com fundamento na posição hierárquica) e a autoridade profissional (com fundamento no conhecimento especializado). Nessas organizações os profissionais primários são os responsáveis técnicos pelas atividades finais da organização e, portanto, são os portadores da autoridade profissional, submetidos e garantidos pelo reconhecimento social e responsabilidade legal por suas ações. Nessas circunstâncias, é natural que acreditem ter de assumir posições administrativas para exercerem a autoridade administrativa dentro das organizações.

Porém, a principal manifestação do infra-sistema da organização é a cultura organizacional, definida por Schein (1982), como o conjunto de crenças e pressupostos básicos compartilhados pelos membros de uma organização, que

operam inconscientemente e definem de forma plenamente aceita a visão que a organização tem de si mesma e do mercado em que atua. Através da cultura organizacional, as experiências são disseminadas por toda a empresa e levadas adiante, passando de uma geração de gerentes a outra.

A transmissão da cultura corporativa depende enormemente da presença física e também, talvez de forma mais crítica, da vivência comum de experiências e circunstâncias. No instante em que uma empresa muda o seu relacionamento com os prestadores de serviços funcionais e passa a ser contratante em vez de empregador, ou mesmo no instante em que passa a nomear algumas funções como não-centrais, passa a isolá-las da cultura corporativa (Hendry, p.86-87,1997).

Claro que os novos fornecedores funcionais terão acesso a toda informação de que precisem para realizar seu trabalho de forma eficaz - num sentido formal. Mas não terão a experiência e a compreensão informal que são compartilhadas pelos membros de uma organização e ajudam a manter o trabalho na direção certa.

Além de ter um impacto sobre as atividades terceirizadas, essa perda de compreensão e vivência conjunta de experiências pode ameaçar a habilidade da empresa de coordenar suas atividades e nutrir e sustentar suas competências essenciais.

Tradicionalmente, a idéia de cooperação do serviço público com o privado esteve marcada por uma distinção clássica, segundo a qual o público identificava-se com o Estado e o privado, com o mercado. A construção de um conceito de parceria público-privado pressupõe uma definição acerca das próprias concepções que envolvem o setor público, o setor privado e a relação entre ambos.

A convivência entre estas duas culturas administrativas (pública e privada) é, na maioria das vezes, conflituosa, e sua existência pode interferir no alcance dos objetivos de cada instituição. Os possíveis conflitos são decorrentes de processos gerenciais diferenciados das instituições públicas e empresas privadas. Igualmente ocorre com a estabilidade no emprego, carga horária, organograma, benefícios, planos de carreira, entre outros.

Quando duas empresas encontram-se num mesmo local, a princípio com objetivos semelhantes, mas com culturas administrativas diferenciadas pode ocorrer, segundo Fontanela; Tavares e Leiria (1994) : a) complementaridade de culturas,

onde uma influencia e modifica aspectos da outra; ou b) predomínio de uma cultura sobre a outra, e nesse caso, uma empresa sofre mudanças de modo mais evidente e aprofundado, tomando como modelo os principais elementos de parceria; ou ainda c) impossibilidade de convívio entre duas culturas distintas, acabando por provocar queda de produtividade ou até ruptura no relacionamento entre as duas organizações.

Para Leiria;e Saratt (1995), advogados trabalhistas, o problema da terceirização, normalmente, não é a implantação do processo, mas o gerenciamento dos contratos. Ao contratar uma empresa prestadora de serviços, a organização deve averiguar a sua idoneidade e continuar a análise durante o período de prestação de serviços. Muitas empresas tiveram problemas por imaginar que, ao colocar os serviços na mão das prestadoras, não teriam mais com que se preocupar. Leiria; e Saratt lembram que terceirizar não é abandonar.

A terceirização cresceu tanto em algumas organizações, que estas se viram obrigadas a contratar outra empresa para administrar e fiscalizar a prestação dos serviços terceirizados. As pessoas precisam entender que fazem parte de uma cadeia de relações.

O equilíbrio de forças é mais satisfatório que as antigas regras de poder através da subordinação ou opressão. A mudança também se dá na relação de emprego, como bem resumiu Luciano dos Santos Gaiano em seu artigo “Na onda da terceirização”, publicado em 30 de junho de 1992, no jornal Folha de São Paulo: “A relação de emprego cede lugar á relação de parceria, a hierarquia transformar-se-á em poliarquia, a subordinação é suplantada pela inter-relação, a remuneração por função ou desempenho defrontar-se-á com as demandas participativas”.

Assim, a hora é de entrar no novo e excitante jogo do *ganha-ganha*, que se constrói através de parcerias. São as novas relações, mais modernas, mais influentes sobre o ambiente, mais interativas. É neste contexto e atendendo a tais necessidades vitais que surge a terceirização - contratação de parceiros para executar quaisquer tarefas que não sejam a verdadeira vocação da empresa.

A terceirização pressupõe um jogo negocial com regras novas, incluindo modificações na cultura empresarial, como a que reconhece e dá supremacia ao conhecimento do parceiro. Para tanto, a identificação de pressupostos culturais

facilitadores de relacionamento de parceria, nas empresas que realizam terceirização e suas prestadoras de serviço, podem fazer com que o processo de terceirização tenha sucesso.

Quinn (1996) conclui que arranjos estratégicos de parceria são cada vez mais comuns, sendo úteis sobretudo para companhias recém-formadas ou de grande crescimento que não podem se dar o luxo de investir em todos os aspectos de suas cadeias de valor e que não correm risco de prejudicar o seu negócio maior.

Nas grandes organizações a terceirização está bem desenvolvida, a exemplo das montadoras de veículos ou instituições de saúde particulares, com sofisticadas abordagens de terceirização de partes, subconjuntos, suprimentos, equipamento, construção ou serviços padrão. Quinn (1996) observa que os principais ajustes administrativos necessários são aqueles exigidos para lidar com a escala aumentada, a diversidade e a orientação para o serviço dessas atividades. Eles se concentram (1) em uma estrutura de compra e de gerenciamento de contrato muito mais profissional e altamente treinada e (2) num sistema de informação logística bem aperfeiçoado - para localizar e avaliar fornecedores, coordenar as atividades de transporte e administrar os movimentos financeiros e de materiais durante todo o processo.

Tais sistemas, afirma Quinn (1996), suportarão terceirização muito mais extensiva e controlada em áreas baseadas em conhecimento e em serviços. Contudo, as novas relações mais complexas e interessantes ocorrem quando a terceirização extrapola a mera coordenação de compras e passa a abranger muitas formas de parceria, alianças estratégicas e *joint ventures* que as organizações utilizam para alavancar suas competências centrais.

Queiroz (1992) afirma que a parceria é a essência da terceirização. Sem um verdadeiro parceiro, o tomador não consegue implantar nem desenvolver um processo de terceirização eficaz e eficiente, que atenda suas necessidades e não obterá os ganhos esperados em qualidade, especialidade, agilidade e flexibilidade empresarial.

Para Costa; Maciel; e Abreu (1992), a idéia de que quanto maior o leque de fornecedores, maior a concorrência e menores os preços tem de ser substituída por

um enfoque preferencial na qualidade, na economia de escala e na garantia de fornecimento - o preço já não é decisivo numa negociação.

Desta forma o fornecedor torna-se um parceiro. Costa, Maciel e Abreu (idem,ibid) afirmam que fornecedores e compradores de produtos e serviços precisam atuar como parceiros e aprender a se comportar como se fossem sócios do mesmo negócio.

Segundo Oliveira (1994), uma relação de parceria é aquela em que nenhuma das partes leva vantagem sobre a outra, mas ambas ganham o máximo disponível, repartindo-o numa irmandade. Pressupondo que as partes estão dispostas a buscar em conjunto uma solução que maximize os resultados de ambas, de que essa busca é compromisso recíproco, de que cada parte não está preocupada apenas em resolver seu problema, mas tem também a ver com o problema do outro.

Costa, Maciel e Abreu (1992) explicam que transformar fornecedor em parceiro é cooperar com ele de todas as maneiras possíveis para que o produto objeto da parceria seja o melhor, obtido a custos compatíveis. Os autores prosseguem afirmando que é comum, numa relação de parceria, o comprador financiar o vendedor em projetos tecnológicos, oferecer-lhe programas de treinamento e controle de qualidade, compartilhar centros de processamento de dados e administrar verbas cooperadas de publicidade, entre outras coisas.

Oliveira (1994) esclarece que a razão pela qual se aceita que iniciativas dessa ordem sejam tomadas pelo comprador é que elas interessam ao comprador, favorecem-no, ou seja, ele não está prestando um favor, mas habilitando o fornecedor a atendê-lo dentro dos padrões de qualidade que o próprio comprador considera apropriados.

Fontanella; Tavares; e Leiria (1994) ressaltam a convivência de duas culturas distintas, como outro aspecto relevante nas relações entre tomadores e prestadores de serviços. Os autores afirmam que a parceria traz para a outra empresa, por vezes, novidades tanto tecnológicas quanto de ciências outras, que enriquecem a relação, como o próprio conhecimento do mercado. De qualquer forma, nos processos de terceirização, a convivência entre culturas diferentes gera, sem dúvida, o impacto do novo.

Kanter (1997) lembra que os desafios estratégicos dos dias de hoje levam as empresas a olharem para dentro de si mesmas em busca de soluções; seu dilema é melhorar a capacidade de competir sem aumentar a capacidade interna. A sugestão da autora é que organizações ágeis e enxutas podem crescer de três maneiras: partilhar recursos com outras organizações, fazer alianças para explorar oportunidades ou ligar sistemas em parceria.

A abordagem surge contradizendo o sistema antagonista inerente à administração, que discrimina “os de fora”, sob uma ideologia de domínio tecnológico ou segredo. Em contraste com o modelo passado, em que outras organizações eram combatidas ou destruídas, o arranjo atual deixa margens à cooperação através de alianças e parcerias.

Para Kanter (1997), esses relacionamentos com delimitação flexível, sobrepõem-se ou até mesmo substituem relacionamentos de mercado por relacionamentos organizacionais, criando com freqüência conexões íntimas entre organizações diferentes. Sem perda de identidade, as empresas mantêm sua cultura e estrutura gerencial, seguindo suas próprias estratégias. Ocorre, segundo Kanter (1997), uma redução de autonomia com o fortalecimento de seus laços com outras organizações, compartilhando a autoridade de algumas decisões.

Os vínculos estabelecidos entre as organizações são reforçados pelo relacionamento de seus membros. Este relacionamento, quando prolongado, pode resultar em vínculos mais estreitos do que os das organizações envolvidas, e forma, por vezes, uma unidade maior do que a que cada um dos dois grupos tem com suas organizações de origem.

Outro argumento de Kanter (1997) é que as parcerias evitam o risco e o custo de aquisições, e mantêm a independência nominal, oferecendo os benefícios motivacionais da propriedade, perceptíveis em pequenas empresas com caráter empreendedor.

Segundo Bruno; e Vasconcelos (1996), o processo de aliança, parceria, deve observar as seguintes etapas:

Etapa 01 - Definição da Estratégia:

- compatibilização dos objetivos da cooperação com a estratégia empresarial;
- clareza e convencimento sobre a necessidade e importância da cooperação;

- envolvimento da alta administração.

Etapa 02 - Escolha da Parceria:

- qualidade das relações (institucionais e pessoais);
- convergência de interesse sobre tema-objeto da cooperação;
- qualidade das competências (técnica e gerencial);
- disponibilidade dos recursos para mobilização;
- posição consolidada no mercado.

Etapa 03 - Negociação/Definição do Projeto:

- envolvimento da alta administração;
- definição clara dos objetivos da cooperação;
- qualidade do contrato;
- conformidade com mecanismos de regulamentação do mercado;
- definição da forma institucional.

Etapa 04 - Implementação/Execução:

- confiança entre indivíduos;
- comprometimento das equipes técnicas com os objetivos da cooperação;
- capacidade de aprendizagem organizacional;
- envolvimento da alta administração;
- competência no gerenciamento de alianças;
- qualidade da comunicação e da memória técnica.

Segundo Hendry (1997), o desafio reside em alcançar o equilíbrio dinâmico da organização, um equilíbrio que lhe permita atingir os objetivos do momento e responder ao longo do tempo às novas situações e circunstâncias. A eficiência, que é a principal meta da terceirização, é essencial para o sucesso e a sobrevivência a curto prazo; mas o aprendizado, que depende da cultura e da comunidade, é igualmente essencial para a sobrevivência e a prosperidade a longo prazo.

O contexto brasileiro mostra sensibilidade a novos conceitos de modernidade empresarial. Tem-se como exemplo a busca de novas tecnologias e o uso crescente da informática. Porém, é preciso reconhecer que na administração os fatos não ocorrem tão rapidamente. Os modismos cativam, com suas técnicas avançadas de administrar, usando países desenvolvidos como exemplos do sucesso de suas experiências. A prática, entretanto, exige bem mais.

Para Leiria e Saratt. (1995), a terceirização foi introduzida no Brasil pelas fábricas multinacionais de automóveis que, tendo a agilidade como meta, nada mais são do que montadoras, intencionalmente dependentes da produção de peças entregue a inúmeras outras empresas.

Giosa (1995) fala que a terceirização no Brasil foi introduzida em contexto de recessão que obrigou as empresas a repensarem o seu papel, com o mercado cada vez mais restrito, ocorreu a diminuição de oportunidades, possibilitando a aplicação de novas abordagens para a diminuição de custos e perdas.

Segundo Leiria; Souto; e Saratt (1995), quando bem administrada a contratação de terceiros só traz vantagens para ambos os lados, da nova parceria que se forma. Eles ressaltam que no momento atual brasileiro, terceirizar é estratégico, oportuno e legal:

Estratégico: ao permitir a concentração de energia nas atividades-fim das empresas, os ganhos adicionais advêm da redução de custos administrativos. Mais agilidade empresarial significa maior produtividade e qualidade do produto final, atendendo as exigências do mercado. A médio e longo prazo a terceirização traz a economia gerada pela criatividade de quem é especialista no seu negócio.

Oportuno: embalada pela tendência cultural de unir forças[1] para o benefício de todos, já assimilada pelo poder judiciário trabalhista, que tem dado preferência aos ganhos coletivos em detrimento das garantias individuais. Tradicionalmente, a empresa que contratava terceiros era considerada titular ou co-responsável (solidária) nas obrigações do terceiro com seus empregados. Hoje, depois do enunciado 331(ANEXO I), esta responsabilidade excessiva foi retirada da figura da terceirização, constituindo o tomador de serviços como responsável subsidiário - ou complementar - da reclamação. Ele só é acionado no caso de a empregadora não ter condições de cumprir com seus compromissos e se estiver presente, como parte ré (reclamada), desde o início do processo principal (reclamatória trabalhista).

Legal: as empresas denominadas *prestadoras de serviços* desenvolvem atividades lícitas e inexiste, no ordenamento jurídico nacional, qualquer obstáculo a

[1] Esta tendência pode ser visualizada no surgimento de inúmeras associações, consórcios e outras entidades de representação coletiva, em busca de melhorias de condições de trabalho, qualidade de vida e oportunidades para os seus associados. Exemplo dessa tendência são as negociações de acordos trabalhistas que já aceitam reduções de salário para garantir o emprego dos trabalhadores.

seu funcionamento (Constituição Federal, art. 5,II). A mesma Carta, no seu art. 170 e parágrafo único, garante a liberdade de iniciativa e declara que a ordem econômica e social tem como finalidade, entre outras, expandir as oportunidades de emprego produtivo, com o objetivo de realizar a justiça social.

Segundo Leiria e Saratt (1995), apesar de a finalidade de tais empresas constituir-se na prestação de serviços a terceiros, são elas que contratam, assalariam e dirigem o trabalho realizado por seus empregados. Além disso, assumem os riscos inerentes à atividade econômica desenvolvida. O trabalho realizado pelos contratados de tais empresas é lícito e pode ser, assim, objeto de pactuação, nos termos do art. 1.216, do Código Civil, e arts. 442 a 444, do texto da Consolidação das Leis Trabalhistas. Existindo, então, agente capaz, objeto lícito e forma não vedada em lei, os contratos de trabalho firmados entre trabalhadores e as empresas prestadoras de serviços formam um ato jurídico perfeito (Código Civil, art. 82), instituto de direito salvaguardado pelo art. 5, XXXVI, da Constituição Federal.

Mesmo não sendo possível vislumbrar por inteiro as vantagens e desvantagens, o processo de terceirização continua a ser adotado em larga escala.

Esta é uma das conclusões da pesquisa realizada pela *Foco Gerenciamento de Serviços* entre 80 empresas de todo o país com faturamento anual médio de US$ 521 milhões (Leiria e Saratt, 1995).

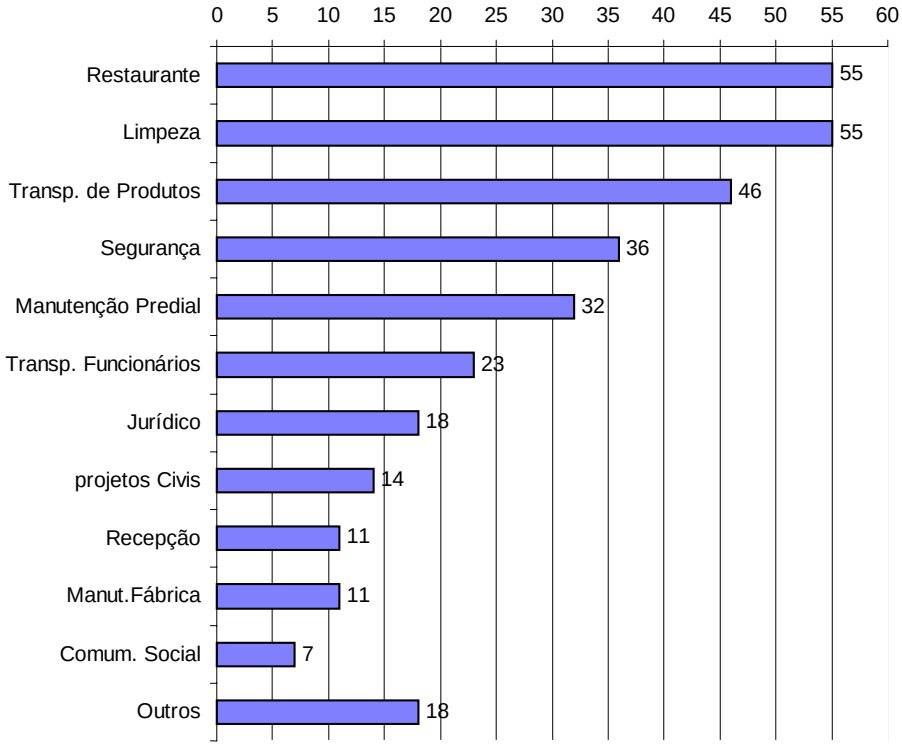
Sobre os fatores que as levaram a optar pela terceirização, a pesquisa revelou que 28% privilegiaram a estratégia de concentrar toda a atenção no próprio negócio. A redução de custos ficou em segundo lugar com 22%, seguida por simplificação do processo operacional (11%), aumento de produtividade (9%), disponibilidade de fornecedores especializados na atividade (8%), respostas mais rápidas às variações da demanda (7%) e indisponibilidade de competência interna (3%).

Os chamados serviços de apoio, como limpeza, segurança patrimonial, manutenção predial, atendimento jurídico, cobrança, contabilidade etc., continuam sendo os mais terceirizáveis. Em segundo lugar estão os de restaurante, transporte de pessoal, assistência médica, recrutamento e seleção e rotinas do departamento de Recursos Humanos. Nos dois casos, as empresas terceirizam mais de 85% dessas atividades.

As áreas de informática, manutenção industrial, tarefas acessórias à produção e logística (distribuição, carga e descarga e armazenagem) aparecem com 55% das atividades terceirizadas. A área comercial - que envolve vendas, assistência técnica, *telemarketing* e atendimento ao consumidor - é a menos visada, com apenas 20%.

Leiria e Saratt (1995) nos dão uma amostra de como variam estes percentuais no Brasil:

Gráfico I: Áreas de atividade repassadas a fornecedores, em porcentagem do total de empresas pesquisadas.



Fonte: Coopers & Lybrand - pesquisa feita em 67 grandes corporações, com faturamento anual de US$ 100 milhões. Veja nº 12, de 18/03/92.

Nos últimos anos, inspirado nos exemplos do Primeiro Mundo (Estados Unidos e quase todos os países da Europa) e no sucesso das empresas privadas, também o setor público passou a adotar a nova alternativa de administração, embora de maneira dispersa. União, Estados e municípios há muito tempo usam terceiros na construção de estradas e coleta de lixo, no transporte público e no recebimento de taxas e impostos.

Os benefícios para o setor público, constantemente acusado de ser “máquina emperrada” ou constituir-se em “cabide de empregos”, são claramente detectáveis.

A terceirização “enxuga” quadros superlotados e sem função, ao mesmo tempo que garante à comunidade um serviço eficiente.

Cabe aqui enfatizar a influência da cultura de terceiros na cultura pública, como aspecto benéfico, facilitando o processo de renovação e aprimoramento cultural das instituições públicas.

É claro que o Estado permanece com o compromisso primordial de oferecer, por meio de uma honesta concorrência pública e de fiscalização, os bons serviços que devem ser prestados à população.

Segundo Leiria e Saratt (1995), há quatro modalidades consagradas de terceirização. Uma delas é a terceirização de primeira etapa, quando uma empresa industrializa matéria-prima pronta. Por exemplo: a malharia que faz a malha com um tipo de fio, cor e textura já elaborados. Depois, existe a terceirização de etapa intermediária, em que o produto ou serviço é agregado no andamento da cadeia produtiva. Por exemplo: compra de serviços de transporte, alimentação ou limpeza.

A terceira modalidade é a terceirização da etapa final, que acontece quando o modo de vender e prestar assistência técnica atende à vontade de quem concebeu o produto, mas é realizado por terceiros. Exemplo: o sistema de *franchising*. A quarta e última modalidade são as formas mistas de terceirização compostas pela união de duas ou mais etapas descritas anteriormente, chegando à sua expressão máxima que é a terceirização total. Exemplo: as cadeias de *fast food*, em que a produção, administração e comercialização são inteiramente realizadas por terceiros.

Há ainda uma outra forma de relação entre fornecedores de serviço e organizações, observada nos hospitais e que diz respeito ao fornecimento de serviços médicos e eventualmente outros profissionais, por meio de pagamento de pró-labore – convênio entre a instituição e o profissional (credenciamento de acordo com a sua necessidade, política ou física, sendo a remuneração feita apenas de acordo com a quantidade de trabalho produzida e atrelada às tabelas de serviços dos convênios de origem do paciente.

Defendendo a estratégia de parceria, Kanter (1997) distingue-as em três categorias:

Alianças de serviços: O consórcio entre empresas - um grupo de organizações com necessidades semelhantes, geralmente do mesmo setor do mercado, une-se para criar uma nova entidade que atenda àquela necessidade comum a todas. A interdependência entre os parceiros é pouca, e há dificuldades de concordância sobre o serviço, o que pode acarretar perda de interesse.

Alianças oportunistas: A *Joint-Venture* - dá oportunidade de ganhar vantagem competitiva imediata, ainda que temporária, através de uma aliança se colocam em novo negócio ou ampliam seu negócio antigo. A meta é o desenvolvimento de empreendimentos. A aliança abre oportunidades que não existiriam para qualquer um dos parceiros agindo sozinho.

Alianças entre os envolvidos: Fornecedores, Clientes e Funcionários - definem-se pela interdependência preexistente. São complementares entre algumas partes interessadas em um processo de negócios e que estão inseridas em diferentes estágios da cadeia de valor. Tais alianças complementares são movidas por qualidade e inovação. Quando envolvem investimentos semelhantes por parte dos envolvidos, garantindo a compatibilidade de sistemas, surge a base para uma aliança.

Kanter (1997) dá ênfase ao processo de terceirização envolvendo parcerias, apontando-o como "um território para a melhoria da competitividade ainda pouco explorado - uma fronteira na revolução da administração pós - empresarial". (p. 136)

Pelo que podemos observar, a terceirização não é nenhuma novidade. Leiria, Souto e Saratt (1995) ressaltam que inédita é a importância que a terceirização adquiriu nos panoramas cultural, social e econômico do mundo todo e no Brasil, em especial nos campos jurídico, trabalhista e empresarial. Os autores prosseguem dizendo que a contratação de parceiros pressupõe um jogo negocial com regras novas, adaptadas caso a caso, mas onde sempre sejam contempladas modificações na cultura empresarial, aprimorando-se o conhecimento e a informação, reconhecendo-se efetivamente que o saber adquire supremacia em larga escala. Elas finalizam afirmando que, na era da valorização do conhecimento, as atividades que não representarem a essência da organização serão subcontratadas.

2.2.Organizações Hospitalares

"Tornou-se um clichê observar que vivemos numa sociedade organizacional. As organizações nos rodeiam. Nascemos nelas e, usualmente, morremos nelas. O espaço entre esses dois extremos é preenchido por elas.(...)" Hall (1984).

Hall questiona a validade da definição de organização senão como base referencial para a compreensão dos fenômenos que a compõem e parte dessa premissa para desenvolver a definição que julga adequada ao seu objetivo de chegar à essência das organizações. Define-se organização de forma abrangente, como coletividade com uma fronteira relativamente identificável, uma ordem normativa, escalas de autoridade, sistemas de comunicação e sistemas de coordenação de afiliação; essa coletividade existe numa base relativamente contínua em um ambiente e se engaja em atividades que estão relacionadas, usualmente, com um conjunto de objetivos (Hall, 1984).

A complexidade organizacional, com seus componentes e os diversos fatores que a afetam, serviram de justificativa para Hall na construção de sua definição de organização, faz alusão à abordagem de Katz e Kahn (1978) sobre sistemas, onde a organização é um sistema aberto que importa energia do ambiente externo (*input*), transforma-a, ou executa um trabalho no sistema e exporta certos produtos para o meio ambiente (*output*). Revelando um caráter cíclico de eventos, na interferência do produto no meio suprindo as fontes de energia para a repetição das atividades, os autores sugerem que o método básico para identificar uma estrutura organizacional é seguir a corrente de energia dos eventos, a partir do *input* de energia, através de sua transformação, até o ponto de fechamento do ciclo.

Partindo das suas análises de burocracia e autoridade, Max Weber distingue "grupo empresarial" de outras formas de organização social (Weber, 1947). Sua discussão argumenta que o grupo empresarial envolve um relacionamento social que está fechado ou limita a admissão de estranhos por meio de regras e na medida em que sua ordem é imposta pela ação de indivíduos específicos cuja função regular é esta, de um chefe e usualmente, de uma equipe administrativa.

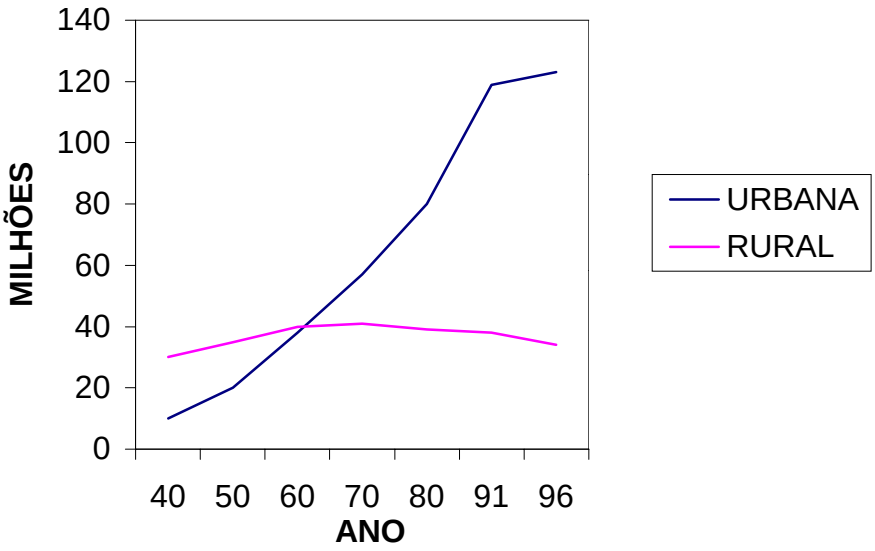
Cabe ressaltar nesta definição que alguns elementos exigem discussão adicional, dada sua influência em diversos autores que posteriormente fizeram suas considerações sobre organizações.

Segundo Machline et al. (1983), o hospital, como é concebido nos dias de hoje, é uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos. Ele emprega grande número de profissionais oferecendo serviços com alto grau de especialização. Existe no hospital uma grande divisão de trabalho exigindo habilidades técnicas diversificadas. Em decorrência destes fatos, o hospital tem seus sistemas administrativos em constante evolução e grande necessidade de coordenação de suas atividades.

Nos últimos anos, especificamente durante a última década, os países da América Latina, incluindo o Brasil, tiveram e estão tendo modificações em seus serviços de saúde. Essas modificações, segundo Kisil (1994), resultam das pressões sociais demandando maior oferta qualitativa e quantitativa de serviços, sejam eles de caráter preventivo ou curativo.

O contexto sócio-econômico e sanitário brasileiro dos últimos trinta anos revela que a população urbana cresceu 3,4% no período de 1980-1990, o que é significativo quando comparado ao crescimento de 4,3% entre 1965-1980, o que soma 75% da população total do país (Sabroza; Leal 1992). Essa acelerada urbanização (gráfico 1), impulsionada pela falta de condições mínimas de sobrevivência, agrava a disseminação de doenças infecto-contagiosas, além de estabelecer, na região urbana, doenças características de regiões rurais.

Gráfico II : População residente urbana e rural, Brasil, 1940-1996.



Fonte: Anuário Estatístico do Brasil/IBGE – Rio de Janeiro, volume 56,1996.

Diante de tal concentração populacional, a distribuição da rede hospitalar é notoriamente insuficiente, problema que se exacerba quando se distinguem os número de leitos oferecidos por região da rede pública e privada(Quadro I).

Quadro 01: Leitos para internação nos estabelecimentos de saúde, por classificação da entidade mantenedora do estabelecimento – Brasil – 1976/1999.

ANO	Número de Leitos para internação		
	TOTAL	PÚBLICOS	PARTICULARES
1976	443 888	119 062	324 826
1980	509 168	122 741	386 427
1984	538 721	127 537	411 184
1988	527 196	120 776	406 420
1992	544 357	135 080	409 277
1999	484 945	143 518	341 427

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999.

Segundo o Professor Roberto Cavalcanti de Albuquerque (1994), hoje no país há cerca de 44 milhões de pessoas (27% da população) vivendo em situação de pobreza crítica (sem condições de atender, por seus próprios meios, as suas necessidades básicas). A questão social do Brasil é, mais concretamente, sua pobreza crítica, e o objetivo prioritário da política social consiste em encontrar os meios para integrar, na economia e na sociedade, essa grande massa de marginalizados urbanos e rurais. Aí estão os nossos mais prementes problemas de saúde, de educação, de emprego.

A melhoria das condições de saúde de grupos sociais ou de uma população pode contribuir para o crescimento econômico de muitas maneiras: reduz perdas de produção causadas por doença do trabalhador; permite o uso de recursos naturais que estiverem total ou parcialmente inacessíveis, por motivo de doença; aumenta o número de crianças matriculadas em escolas, tornando-as mais aptas a estudar; e libera recursos que, não sendo aplicados em organizações de saúde, podem ter outro destino[2].

Os custos crescentes dos insumos e as condições de racionamento de capital entre as múltiplas necessidades requerem maior discussão do valor social da intervenção das organizações de saúde. É necessário encontrar soluções menos onerosas para obter determinado resultado e soluções de melhor resultado com determinada despesa. A avaliação econômica pode ser diferenciada em dois tipos: a que relaciona os processos com os recursos aplicados; e a que relaciona os resultados com os recursos aplicados ou com as atividades executadas. A produtividade expressa medidas como o número de atividades por volume de recursos aplicados. A rentabilidade econômica ou rendimento expressa produtos, resultados e benefícios em função de recursos monetários aplicados[3] .

Os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido: má alocação dos recursos, desigualdade nas condições de acesso, ineficiência e custos crescentes. Na maioria dos países as despesas com saúde crescem mais do que sua renda. A combinação de fatores como aumento do número de especialidades médicas, da disponibilidade de cada vez mais complexas tecnologias e da expansão

[2] Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial: investindo em saúde. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

dos seguros de saúde tem produzido rápido aumento do consumo de atendimentos e de consultas, de meios diagnósticos e de terapias dispendiosas.[4]

Como conseqüência, os governos passaram a adotar novas políticas de saúde que tentam responder a essas pressões sociais, e a dedicar maior atenção ao setor saúde, seja nos seus aspectos estruturais organizacionais, seja em seus aspectos de adequação de recursos tecnológicos, humanos e financeiros requeridos.[5]

Pretende-se, com a municipalização, concretizar anseios já existentes há décadas: aumento da cobertura das ações de saúde, maior descentralização dos processos decisórios, atuação mais coordenada dos serviços de saúde. O momento é, de fato, propício às mudanças, mas traz desafios significativos aos gerentes dos serviços de saúde.[6]

Tais desafios, segundo Grabois; Sandoval; e Iwersen (1995, pg.23), são inúmeros:

> Como oferecer atenção integral à saúde, com clareza dos diferentes níveis de intervenção conseguindo identificar as populações submetidas a maiores riscos? Como melhorar a qualidade de atendimento, com clara consciência da limitação dos recursos e possibilitando um nível digno de satisfação a usuários e funcionários das instituições hospitalares?

Frente a tais questões, os autores acima afirmam que a gerência dos serviços de saúde ocupa lugar de destaque, representando o elo de ligação entre os objetivos mais amplos do sistema e a prestação de serviços à população. Uma combinação ótima dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros presentes nos hospitais exige a superação da idéia de que bom senso e experiência pessoal podem ser a mola mestra de uma boa gerência. É necessário profissionalizar esse trabalho, preparando os diretores do hospital para serem articuladores dos diferentes atores, sejam eles internos (médicos, pessoal de enfermagem, pessoal administrativo), sejam eles externos (a comunidade, as outras entidades de saúde, os políticos).

---

[3] Aguilar, M. J.,Ander-Egg, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1994; Dever, G. E. A . A epidemiologia na administração de serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.
[4] Banco Mundial. Op. cit.
[5] Banco Mundial. Op. cit.
[6] Banco Mundial. Op. cit.

Estes aspectos mencionados exigem das organizações de saúde, particularmente dos hospitais, características que lhes permitam adaptar-se rapidamente às exigências e mudanças e inovações relacionadas com a natureza de seus serviços.

2.2.1 Origem das Organizações Hospitalares.

Historicamente a palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspedes, estrangeiro, viajante, conviva) significando também o que dá agasalho, que hospeda. Nos primórdios da era cristã, a terminologia mais usada foi relacionada com o grego e o latim, salientando-se:

Nosocomium : lugar para tratar doentes, asilo de enfermos;

Nosodochium: lugar para receber doentes;

Ptochotrophium : asilo para pobre;

Poedotrophium: asilo para crianças;

Xenotrophium: asilo e refúgio para viajantes estrangeiros;

Gynetrophium : hospital para mulheres;

Gerontokomium: asilo para velhos;

Hospitium: lugar onde os hóspedes eram recebidos, daí o nome de Hospício para o estabelecimento que recebia enfermos pobres, incuráveis ou insanos.

Na América, o primeiro hospital foi construído por Fernando Cortez, na cidade do México, em 1524, com o nome de “Jesus de Nazareno”. No Brasil, a assistência hospitalar teve início logo depois do descobrimento .

Havia, na época, uma acentuada tendência dos países colonialistas, no caso, Portugal, de transferir para as regiões em processo de colonização todo o seu acervo cultural. Estava em franca evolução o sistema criado pela Rainha D. Leonor de Lencastre, que deu origem a obras de Misericórdia, culminando com a instituição das Santa Casa.

Após a independência e a instituição do governo republicano, poucas foram as medidas de inspiração governamental que ao menos estabelecessem normas para a criação de hospitais. Na realidade, apesar do grande número de estabelecimentos hospitalares disseminados pelo país afora, somente após a

terceira década do século XX é que a administração hospitalar começou a apresentar sinais de presença, pelo menos como potencial.

No nosso país, dois grandes projetos marcaram o início da nova era hospitalar: construção e organização do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos em 1543 e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Com o passar dos anos, as irmandades religiosas foram abandonando as santas casas, que se viram em mãos do poder médico local e de lideranças políticas.

Esse período, segundo Castelar; Mordelet; e Grabois (1995), coincide também com a modernização da medicina, incorporação de tecnologia sofisticada e influência do modelo médico americano do pós-guerra. Surgem vários outros tipos de hospitais, com destaque para os hospitais universitários e os hospitais da Previdência Social.

Os hospitais previdenciários foram construídos pelo Sistema Previdenciário, estruturados por institutos, identificados por agrupamentos profissionais. Sendo hospitais de médio e grande porte e complexidade de média a elevada, localizaram-se nas principais capitais do país.

Segundo Castelar; Mordelet; e Grabois (1995), a organização sanitária brasileira, até a década de 80, caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de cuidados de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção de saúde e a medicina chamada curativa. Assim, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais arcavam com os programas educacionais e as atividades de imunização, cabendo àquelas, ainda, a atenção básica (centro e postos de saúde) e o atendimento às emergências.

No nível federal, continuam os autores, o Ministério da Saúde chamava para si o controle dos processos infecto–parasitário de maior prevalência ou gravidade, tais como a hanseníase, a malária, a doença de Chagas, a esquistossomose, a leishmaniose e o tratamento dos pacientes com tuberculose; e também das portadoras de doenças mentais e acometidos pelo câncer, além dos Programas de Saúde Materno–Infantil.

À estrutura previdenciária competia o atendimento de sua clientela específica (segurados da Previdência Social), no que diz respeito ao atendimento nos níveis

secundário e terciário (Posto de Assistência Médica e Hospitais da Previdência, assim como o atendimento à demanda espontânea. Aos hospitais universitários cabia o atendimento às patologias mais complexas e uma parcela das hospitalizações dos pacientes não-segurados. Os hospitais das forças armadas sempre se ocuparam do atendimento de seus funcionários e dependentes em casos mais complexos (Castelar; Mordelet; e Grabois, 1995).

A iniciativa privada, diretamente ou através da intermediação do sistema previdenciário (médicos credenciados, hospitais ou clínicas contratadas ou conveniadas), sempre desempenhou importante papel na assistência médica, principalmente na assistência hospitalar, de acordo com um modelo de compra de serviços privados como forma de atingir maior cobertura populacional aos serviços de saúde. A iniciativa privada, de maneira geral, atendia dentro do mesmo perfil do sistema previdenciário (Castelar; Mordelet; e Grabois, 1995).

A década de 70 caracterizou-se como período de grande crescimento econômico para o Brasil, com reflexo positivo na arrecadação e no orçamento da Seguridade Social. Considerando que a partir de 1974 a terça parte desse orçamento era destinado ao pagamento da assistência médica dos segurados e seus beneficiários, isto se refletiu em maior alcance dos serviços de saúde (Castelar, Mordelet e Grabois, 1995).

Num primeiro momento, segundo os autores, deu-se a fusão dos vários institutos constituindo-se o chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS): que no final da década de 70, seria substituído por um sistema centralizado, coordenado pelo Governo Federal, essencialmente hospitalar, atuando através de unidades próprias (42 hospitais e 563 postos de assistência médica), ou privadas, financiadas pelo governo, denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Castelar; Mordelet; e Grabois, (1995) assinalam, no entanto, que ainda na década de 70, tendo como detonador os resultados da Conferência de Alma-Ata, posteriormente encampados pela Organização Mundial de Saúde, houve sucessivas tentativas de universalização do acesso aos cuidados de saúde, pelo menos os mais elementares cuidados de saúde.

Assim, desde os anos 80 os serviços de saúde pública tendem à universalização da clientela e à progressiva unificação das estruturas sanitárias. Entretanto, persistem cobertura bastante insuficiente e resolutividade baixa, acompanhadas da ineficiência na utilização de recursos. Na década de 90 o INAMPS viria a perder a sua vinculação com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), passando para a alçada do Ministério da Saúde (MS), sem dúvida um dos passos iniciais na concretização do Sistema Unificado de Saúde – SUS (Mendes, 1996).

Desenvolveu-se, nas últimas décadas, o chamado setor de medicina supletiva, composto pelas empresas de medicina de grupo (seguro–saúde, pré–pagamento), financiado pelas empresas, consumidores privados e indiretamente pelo Governo (descontos com saúde no Imposto de Renda). Cobriam cerca de 20% da população brasileira, tendo-se beneficiado fortemente da queda da qualidade dos serviços públicos de saúde, pois puderam atrair contingentes significativos que outrora utilizavam aqueles serviços (Mendes,1996).

Observa-se que a evolução da rede hospitalar brasileira foi mais influenciada por necessidades sentidas, definições políticas localizadas ou interesses de grupos, do que em função de uma política de Saúde de caráter nacional. Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades e a oferta de serviços. O panorama do setor hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira marcados pela falta de diretrizes definidas e que contemplem o longo prazo.

Segundo o Ministério da Saúde, assistência médico-hospitalar é aquela que tem por base a ação de um serviço médico (ambulatório, posto de assistência médica, clínica, policlínica, serviço médico hospitalar) e/ou do hospital; assistência hospitalar geral é aquela prestada pelos hospitais gerais e especializados, com exceção dos que se destinam exclusivamente ao tratamento de tuberculose, hanseníase e doenças mentais (Mendes, 1996).

Também define hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes,

cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente e estabelecer definição diversa de hospital geral, que seria aquele hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Pode ter sua ação limitada por faixa etária (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino) e hospital especializado, como destinado a pacientes necessitados de assistência de determinada especialidade médica.

Malcon T Mac Eachern, citado por Mirshawka (1994, pg.16e17), pioneiro da administraçào científica dos hospitais norte-americanos, conceitua o hospital como "representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou de restaurar-lhe a saúde perdida".

Analisando os aspectos característicos da complexidade de uma organização hospitalar, Mac Eachern adverte que "de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como Objetivo fundamental, ele tem um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal".

Assim conceituado, o hospital deve ser encarado sob a forma de uma instituição dotada de planta física, equipamento e organização adequados à recepção de pacientes em regime de internação para tratamento, a fim de devolvê-los à comunidade em condições satisfatórias de saúde.

Mirshawka (1994) lembra que a definição de saúde tem evoluído através dos tempos, ligando o seu conceito ao próprio desenvolvimento da medicina e das ciências afins, exigindo dos estudiosos adaptação progressiva e permanente aos avanços da tecnologia médica.

2.2.2 Funções

Mirshawka (1994) cita McGibony para dizer que o sucesso do hospital está baseado numa tríade: bom planejamento comunitário, bom projeto e construção e boa administração. Em termos de cuidado com o paciente, eficiência e serviços comunitários; a falta de um item dessa combinação gera um hospital medíocre.

O autor observa que cada um destes três itens implica investimento financeiro, com os órgãos de atividade meio e fim, no custeio de pessoal e material. A redução de custos redundará em deficiência do serviço hospitalar, a menos que decorra de planejamento científico.

Compartilhando com a opinião de Machline et al. (1983), estaremos caminhando para chegar ao terceiro momento da evolução dos hospitais, em que se entende como eles devem atuar em todo o largo espectro de serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação, e que seus cuidados médicos devem dirigir-se à população como um todo. [7]

A Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em Genebra, de 18 a 23 de junho de 1956, definiu hospital como "organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população - curativa e preventiva - cujos serviços atingem a família e o meio ambiente".

A referida Comissão discutiu as funções do hospital, padronizando-as como:

1. Restaurativa : a) diagnóstico - ambulatório e internação;
   b) tratamento da doença - curativo e paliativo, envolvendo os procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais;
   c) reabilitação - física, mental e social;
   d) cuidados de emergência - acidentes e doenças.
2. Preventiva : a) supervisão da gravidez normal e nascimento da criança;
   b) supervisão do crescimento normal da criança;
   c) controle das doenças transmissíveis;
   d) prevenção das enfermidades prolongadas;
   e) prevenção da invalidez mental e física;
   f) educação sanitária;
   g) saúde ocupacional.
3. Ensino : a) graduação médica;
   b) pós-graduação: especialidades e praticantes em geral;
   c) enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;

[7] Machline et al. (1983), classificam a evolução hospitalar em três fases: A primeira diz respeito à atenção aos doentes sem conhecimentos específicos das doenças; a segunda refere-se a aquisição de conhecimentos científicos específicos para uso no tratamento das enfermidades.

d) interessados em medicina social;

e) outras profissões correlatas.

4. Pesquisa: a) aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença;

b) práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

Assim, segundo Mirshawka (1994), a simples idéia de função restaurativa já deve pressupor a existência de uma entidade provida de instalações, equipamentos e organização a fim de permitir o diagnóstico precoce e tratamento adequado de doenças.

No entanto, sob a ótica administrativa, deve-se considerar a crescente importância do que significa o grau de atendimento das expectativas das pessoas que trabalham na organização, objetivando a determinação da eficácia, da eficiência, da efetividade, em suma, da produtividade da organização. Especialmente, continuam Machline et al. (1983), nas organizações prestadoras de serviços - e mais caracterizadamente ainda naquelas em que os serviços prestados destinam-se a indivíduos carentes, física e psicologicamente, como são os doentes - , a motivação dos que trabalham na organização, decorrente do atendimento de suas expectativas, assume significação fundamental para o seu desempenho. Com isso se define uma nova área de responsabilidades em que o hospital deve atuar.

O hospital, continua Mirshawka (1994), sempre exigiu investimento financeiro de grande porte, enquanto a comunidade assistida exigia um mínimo de segurança. É necessário, portanto, que esse investimento apresente resultado favorável, sob o aspecto de rentabilidade econômica e financeira ou dos serviços à comunidade.

O empirismo no planejamento hospitalar, segundo Mirshawka (1994), tem acarretado evasão de recursos comunitários e impedido a instituição de organizações dinâmicas e eficientes. A pesquisa administrativa em hospitais não pode ser esquecida, pois como atividade relativamente nova do ponto de vista científico - com menos de um século - a administração hospitalar exige o conhecimento das novas técnicas, métodos e processos de administração para o aprimoramento dos esquemas estabelecidos.

Segundo uma visão coerente com a teoria de sistema do setor saúde, os sistemas de serviços de saúde são estruturas complexas. Seus componentes seriam: (1)o desenvolvimento de recursos; (2) organização de programas; (3)

suporte econômico; (4) gestão; (5) fornecimento de serviços (Roemer, 1985). Cada um destes aspectos já foi, em algum momento, objeto de ênfase das diferentes políticas nacionais de saúde implantadas nas últimas décadas em nosso país. Exemplos como: a extensão máxima de cobertura, proposto pelo PREV – SAÚDE; a modificação dos critérios de remuneração de serviços privados (introdução da AIH) ou a articulação de diferentes instituições prestadoras de serviços de saúde através das AIS e do SUDS.

A ausência de um modelo assistencial de base epidemiológica e de uma política mais global de planejamento, da assistência ou da estrutura médico–hospitalar, diminuíram em muito o impacto daquelas propostas (Mendes, 1996) .

Entende-se o modelo assistencial como o modelo concreto de produção da atenção médico–sanitária. Um determinado modelo assistencial é materializado em função do papel de cada nível de atenção, do peso desempenhado pelos cuidados hospitalares e da forma como se articulam prestadores públicos e privados entre si, entre outros aspectos (Dussault, 1992).

Dentre os insumos necessários para que o processo do sistema hospitalar possa ser executado, os recursos humanos representam parte preponderante e vital, complementado pelos recursos materiais, instalações e equipamentos, financeiros, de informações.

Dentro dos recursos humanos, encontramos grande diferenciação e especialização de atividades. São profissionais de formações diferentes que cooperam entre si. A equipe médica tem papel fundamental auxiliada por numerosas equipes de paramédicos. Existem, portanto, dentro do sistema hospitalar, diversos subsistemas que se integram para que sejam atingidos os objetivos finais do sistema. Estes subsistemas variam em número, complexidade e abrangência, dependendo do tipo e das finalidades do sistema hospitalar (Machline et al., 1983).

Sendo o paciente o personagem central do hospital, ao redor do qual se deve desenvolver toda a organização desse sistema, vários subsistemas lhe garantem atenção direta: o corpo clínico e suas diversas especialidades, a enfermagem, o serviço social, a nutrição e dietética, a farmácia, os serviços de arquivo médico e estatística, a fisioterapia, psicologia e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.

No entanto, a atenção direta ao paciente de maneira eficiente exige uma série de atividades-meio. Essas atividades de atenção indireta ao paciente são, por exemplo: contabilidade, pessoal, lavanderia, limpeza e manutenção.

Normalmente as atividades de atenção direta ao paciente são denominadas funções técnicas, enquanto que as de atenção indireta representam as funções administrativas. Porém, conforme a complexidade do sistema hospitalar, alguns subsistemas poderão ser enquadrados como atenção direta e indireta. Essa complexidade define, ainda, o maior ou menor número de subsistemas existentes.

O hospital é uma organização que tem características próprias que o diferenciam de outras instituições; muitas áreas funcionais, interdependentes e inter-relacionadas entre si, necessitam de um funcionamento eficiente de todos os seus componentes de maneira a compor um todo e não um somatório de partes desagregadas.

O hospital é uma organização humanitária, sendo até certo ponto burocrática e autoritária, com extensa divisão de trabalho especializado que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, semiprofissionais e não profissionais, para dar a pacientes individuais serviço personalizado, necessitando de coordenação adequada.

Ao considerar as diversas especialidades de uma organização hospitalar como núcleos, podemos dividir o hospital em departamentos especializados. O trabalho no hospital é mutuamente suplementar e interdependente e esta situação determina que as funções especializadas e as atividades de muitos departamentos sejam suficientemente coordenadas, para que a instituição funcione eficientemente e atenda seus objetivos, permitindo continuidade nas operações organizacionais. Desta forma o hospital necessita de um sistema muito aperfeiçoado de coordenação interna, que não pode ater-se aos mecanismos padrão, em função do fluxo de trabalho muito variável e irregular que existe nessa organização (Machline et al., 1983).

A natureza do produto de uma organização hospitalar, segundos os autores, o cuidado com o paciente, exige ajustes diários e procedimentos individualizados, impossíveis de serem detalhados pelas regras formais da organização. Fundamentalmente é um sistema mais humano que mecânico, apesar de possuir

muito material, instalações e equipamentos. Os resultados de seus processos dependem muito da interação pessoal dos profissionais com o produto - o paciente.

Paradoxalmente, segundo Machline et al. (1983), o hospital é uma organização quase burocrática, com regras e regulamentos para controle do comportamento e trabalho de seus membros. Há ênfase nos mecanismos de organização formal, de procedimentos, o que lhe dá um caráter autoritário. O que se espera é que o hospital atenda o paciente com o mínimo de erros e grande precisão, apesar de seus problemas organizacionais e dos problemas com seus funcionários. O hospital, portanto, deve ser capaz de predizer a performance de seus membros.

O aumento da especialização e profissionalização põe em evidência diferenças de hierarquia, podendo levar ao autoritarismo e à existência de mais de uma linha de autoridade. O hospital, segundo Machline et al. (1983), tem quatro centros de poder: a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais, entre os quais destaca-se a enfermagem.

Como todas as organizações, os hospitais têm diferentes linhas de ação em todos os níveis. As linhas gerais de ação, por exemplo, tratam do número de horas que o pessoal vai trabalhar, contratação e dispensa de funcionários, horários do centro cirúrgico, entre outros. Pode haver linhas de ação quanto aos padrões de atendimento, ou respeito às funções do pessoal. As linhas de ação servem de guia para a realização das tarefas da organização. Os procedimentos são a via de implementação das linhas de ação; estes, por sua vez, são e devem ser flexíveis e adaptados às condições e situações existentes (Tappan, 1976).

Sendo a responsabilidade fundamental de um hospital dar atendimento aos doentes e feridos, as suas linhas de ação devem refletir a idéia de que é um privilégio e uma responsabilidade atender doentes com respeito e consideração. Torna-se, segundo Tappan (1976), a linha de ação essencial do hospital aquela que diz respeito à segurança dos pacientes.

O trabalho do administrador, junto à direção e com todos os empregados, é de pesquisar diferentes linhas de ação e práticas organizacionais que possibilitem eficiência e eficácia ao hospital, substituindo-as sempre que for necessário.

2.2.3. Características administrativas

As organizações formais devem ser vistas como um conglomerado de subsistemas cujo objetivo particular e específico inclui os indivíduos, os grupos informais, a organização formal e finalmente o meio ambiente, com destaque na inter-relação e coordenação dos vários subsistemas (Machline et al., 1983).

Segundo Castelar; Mordelet; e Grabois, (1995), o hospital brasileiro, com sua política de hospitalocentrismo - centralização da prestação de cuidados - enfrenta o grave problema do aumento da demanda social, aliada à magnitude da recessão econômica e da progressiva carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos.

Por outro lado, nota-se que em cada situação da rotina hospitalar há indivíduos que, por causa de sua personalidade ou atividades, assumem papéis de liderança ou influência. É uma situação natural, aceita pelos outros, e que influencia diferentes grupos com diferentes relacionamentos, não sendo impositiva. Machline et al. (1983) salientam que a organização informal é um ponto importante na estrutura do hospital e tem efeito indiscutível na sua operação.

Analisando o conjunto de hospitais públicos, os autores constatam que, enquanto crescem as pressões por maior complexidade, tanto advindas da oferta e real incorporação de tecnologias, quanto pela diversificação da demanda, estes hospitais perdem em autonomia e, especialmente, em recursos. Os reflexos sobre a complexidade das atribuições gerenciais são evidentes, revelando a falta de habilidade do diretor em lidar com crises que se avolumam e se sucedem, enquanto referência técnico-profissional.

Assim, Cecilio (1997) refletindo sobre a singularidade das organizações de saúde, pode-se afirmar que os hospitais são a forma mais complexa de organização de saúde. Nele, duas antinomias estão fortemente presentes:

1) auto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, em particular dos médicos, *versus* a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo;
2) tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização, *versus* poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação.

Os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos, com seus organogramas verticalizados, com linhas de mando hierarquizadas para os três corpos funcionais principais (médico, da enfermagem e administrativo), dificultam a comunicação e aumentam os conflitos (Cecílio, 1997).

Mendes (1996) atribui à centralização o caráter burocrático da administração dos hospitais, acarretando sucateamento das instalações físicas e tecnológicas, atraso no acompanhamento da evolução tecnológica, ociosidade de recursos humanos e físicos, comportamentos corporativos e protecionistas, administração desvinculada da realidade, ausência de governança local sobre pessoal e orçamento, impossibilidade de gerar receita própria, concursos públicos complexos e rígidos, dificuldades para prêmios e incentivos, demora excessiva nos processos licitatórios, qualidade técnica discutível dos produtos adquiridos (Lei 8.666), entre outros.

A situação assim apresentada exige mais habilidade e conhecimentos gerenciais, tornando indispensável a capacidade administrativa para o enfrentamento das demandas e desafios a que estão sujeitas as organizações hospitalares neste contexto.

O alto grau de diferenciação e especialização existente no hospital cria nele delicados problemas de coordenação. Dizem Georgopoulos e Mann (1964):

Em resultados dessa ampla divisão do trabalho e da especialização de tarefas que a acompanha, praticamente toda pessoa que trabalha nos hospitais depende de alguma ou de algumas outras, para o bom desempenho do seu papel na organização. Seus serviços suplementam-se mutuamente, são interdependentes. Por sua vez, essa profunda interdependência requer, para que a organização funcione com eficiência e alcance seus objetivos, que haja uma coordenação correspondente entre as várias funções e atividades especializadas do grande número de departamentos, grupos e membros da organização. Consequentemente, cria-se nos hospitais um sistema bastante elaborado e intrincado de coordenação interna. Sem coordenação, não se poderá chegar à conjugação dos esforços das muitas pessoas e atividades, nem à continuidade dos trabalhos do hospital, como organização.

Um dos obstáculos que se colocam à frente da coordenação eficiente decorre do sistema de dupla autoridade. É difícil conseguir a coordenação através da hierarquia das organizações em geral. No hospital, no entanto, obtém-se grau apreciável de coordenação por meio de regras e regulamentos administrativos.

Porém, dada a especificidade do atendimento ao paciente, não se pode contar exclusivamente com os processos administrativos.

Para alcançar e conservar uma boa coordenação, os hospitais dependem muito da motivação individual e dos ajustamentos voluntários e informais, das pessoas que nele trabalham. Os planos, regras, regulamentos e controles formais que habitualmente se encontram nas organizações podem garantir um mínimo de coordenação, mas são incapazes, por si sós, de fazer brotar uma coordenação apropriada, pois apenas uma pequena fração de toda a operação coordenadora requerida pela organização pode ser programada antecipadamente. (Georgopoulos e Mann, 1964).

"Nos hospitais, a autoridade não emana de uma única fonte, nem flui ao longo de uma única linha de comando, como ocorre na maior parte das organizações formais." (Georgopoulos e Mann, 1964). São numerosas as zonas interfaciais que surgem entre essas fontes de autoridade, dando origem a conflitos.

Para compreender o processo administrativo de uma organização hospitalar é necessário conceituar os termos administrativos usuais no contexto hospitalar. Assim, a produtividade em um serviço de saúde tem muito a ver com o valor agregado no decurso da avaliação, do atendimento, do tratamento, da educação, da reabilitação e do acompanhamento após a alta.

Em relação a custos, Mirshawka (1994) sugere como fatores influenciadores da alta de custos verificada:

- novas tecnologias;
- maiores custos de construção devido aos regulamentos ambientais, bem como o aumento das esperanças sociais;
- aumento da gravidade dos pacientes internados;
- aumento dos custos de mão-de-obra devido a profissões bem específicas, crescimento dos salários e maiores custos administrativos;

- aumento da gama de serviço oferecidos;
- regulamentos do governo;
- maior competição devido à entrada de novos provedores de serviços de saúde;
- novas organizações com otimização devido aos programas de qualidade;
- limites para pagamentos de tratamento;
- pressão das empresas para reduzir os custos.

A definição de qualidade de serviços de saúde é dividida em três partes, descritas por Mirshawka (1994,pg.41) como sendo: 1) qualidade clínica, 2) qualidade voltada para o paciente e 3) qualidade econômica ou eficiência do custo da qualidade.

A qualidade clínica refere-se a médicos, enfermeiras e outros provedores do serviço de saúde. A qualidade voltada para o paciente compreende todos os esforços voltados à manutenção do ambiente hospitalar propício, como higiene, acomodações e atenção ao paciente. O terceiro tipo de qualidade, que é a econômica ou orientada para as finanças, relativamente novo em serviços de saúde, está diretamente relacionada à administração financeira dos serviços de saúde.

A preocupação financeira com os serviços de saúde e especificamente com os hospitais brasileiros, principalmente com a implantação do sistema único de saúde (SUS), é crescente. Castelar; Mordelet; e Grabois, (1995) revelam em seu trabalho números alarmantes sobre a deficiência econômica do sistema de saúde do Brasil, sendo marcantes as desigualdades de acesso, na periferia, em grandes centros ou nas regiões menos favorecidas. Consideram o peso dos gastos hospitalares no conjunto de gastos em saúde, a questão é significativa.

Castelar, Mordelet e Grabois, (1995) observam que a multiplicidade das fontes mantenedoras, desarticuladas entre si, provocam esta situação, gerando inclusive superposição desnecessária de oferta. Essa mesma falta de planejamento e articulação conduziu à pulverização de tecnologias de alta complexidade, sem conseguir dar conta de uma demanda real e onerando indevidamente os custos assistenciais.

Para o hospital operar de maneira eficiente e resolver os muitos problemas que surgem no dia-a-dia, apesar da grande divisão de trabalho que determina a existência de inúmeras unidades e departamentos, é necessário que o administrador

olhe para o hospital como um todo, é necessário que ele ordene as informações de maneira a manter o equilíbrio da organização (Machline et al., 1983).

Com relação à eficácia e eficiência dos estabelecimentos hospitalares, Castelar; Mordelet; e Grabois (1995) dizem que estes vêm sofrendo as conseqüências de uma insuficiente dotação orçamentária, da demora no seu recebimento, da gradativa redução dos recursos humanos, geralmente admitidos através de um viciado processo de recrutamento e seleção, aliado à inexistência de adequada reciclagem.

O autor ressalta que o fator de grande importância neste processo é a falta de profissionalização dos gestores, em geral alçados à posição diretiva mais por indicação política ou com base na sua competência como profissionais de saúde.

2.3. Inovação na Organização Hospitalar

Para Nadler e Tushman (1997, p.168), inovação:

> É a criação de qualquer produto, serviço ou processo que seja novo para uma unidade de negócios. Embora a inovação seja, de modo geral, associada a importantes avanços em produtos ou processos, a vasta maioria das inovações de sucesso é baseada no efeito cumulativo de mudanças incrementais de produtos ou processos ou na combinação criativa de técnicas, idéias ou métodos existentes.

Eles descrevem dois tipos de inovação: inovação de produto, ou mudanças no produto que uma empresa faz ou serviço que ela fornece; e inovação de processo, mudança na forma como o produto é feito ou como o serviço é fornecido. Dentro de cada uma dessas categorias, há, segundo os autores, três graus de inovação - incremental, sintética e descontínua.

Segundo Quinn (1996), a necessidade de adequação de estratégias, por serem muitas, exige uma configuração única a cada organização em particular, além do apoio de sistemas de controle de incentivo para funcionarem de forma correta. O autor sugere algumas características que considera comuns aos processos de inovação e implementação de qualquer estratégia contínua de inovação.

Quinn (1996) diz que a inovação tende a ser:

Orientada para a necessidade. Em sua pesquisa, o autor concluiu que sete das dez inovações mais bem-sucedidas, em média, são conduzidas por uma

necessidade reconhecível de mercado, e não um novo conceito, técnica ou tecnologia que busca uma necessidade.

Probabilística. Partindo-se do pressuposto de que não se pode prever se uma solução específica funcionará, e que o primeiro uso de inovações importantes geralmente ocorre em mercados inesperados, justifica-se a necessidade de múltiplas abordagens paralelas de desenvolvimento e de sistemas de resposta contínuos, rápidos, empíricos e flexíveis ligados diretamente ao mercado.

Complexa. Poucas inovações atuais importantes são executadas inteiramente por indivíduos isolados ou dentro de disciplinas únicas. Daí a necessidade de reunir grupos de especialistas para as interações intensivas a curto prazo e as comunicações íntimas que as adhocracias permitem.

Demorada. Os componentes, subsistemas, sistemas e disciplinas físicas interagem de forma tão imprevisível e de forma tão assíncrona que cada interação em potencial deve ser verificada minuciosa, experimental e repetidamente.

Ímpetos, atrasos, resistência, contratempos. Todos os grandes estudos de inovação, sobretudo tecnológica, demonstram que os índices de inovação raramente são lineares. Daí a necessidade de capacitar e suportar ativamente as organizações *ad hoc* e ilimitadas, o "contrabando", o comportamento de coalizão e formação de rede externa de amplo alcance que (1) facilitem a resolução inovadora de problemas, (2) reduzam os custos medidos e (3) possibilitem aos inovadores trabalhar com ímpetos não planejados, superando os focos de resistência, se necessário.

Intuição e conhecimento não codificável. Grande parte da informação utilizada num processo de inovação deve, inevitavelmente, vir do conhecimento pessoal e dos *insights* intuitivos dos indivíduos, que extrapolam as fontes anteriores, cuidadosamente documentadas.

Fanáticos ou campeões[8]. Inúmeros estudos também observam a necessidade de haver fanáticos dedicados ou campeões da inovação para superar frustrações, ambigüidades, atrasos e resistências inerentes ao processo[9].

---

[8] Nota do Tradutor: A palavra "campeão" está sendo utilizada neste texto em sentido muito próximo de "defensor entusiasmado".

[9] D. Schon, "Champions for Radical New Inventions", Harvard Business Review, março - abril de 1963 ; J. Quinn, Strategies for Change: Logical Incrementalism (Homewood, IL: Irwin, 1980) J. Howell e C. Higgins, "Champions of Technological Innovation", Administrative Science Quartely, junho de 1990.

São poucos os hospitais públicos brasileiros que conseguem firmar-se enquanto organizações bem-sucedidas. Aqueles que o são, encontram parte da receita de sucesso no desempenho de seus gerentes. Em termos de modelos organizacionais, Castelar et al. (1995), complementam que tais hospitais - os bem-sucedidos como organização - possuem natureza jurídica própria ou associada que lhes confere relativo nível de autonomia.

Oriunda da descentralização dos hospitais públicos brasileiros, a autonomia proposta pelo plano do SUS pode ser medida ao considerar-se algumas condições existentes ou não no nível da unidade e sob responsabilidade, ainda que compartida, de sua gerência. Castelar; Mordelet; e Grabois, (1995) citam, entre outras, a existência de orçamento real, o acompanhamento orçamentário, a execução orçamentária, a administração financeira, a aquisição de material, a contratação de serviços de terceiros, ou a gestão de recursos humanos.

Referindo-se à flexibilização das instituições burocráticas, Mendes (1996, pg.135) aponta algumas características que definem certas tendências da nova organização:

- despadronização dos processos de trabalho;
- descentralização da produção pela autonomização do trabalho;
- requalificação dos recursos humanos;
- valorização da criatividade;
- gestão estratégica dos recursos humanos;
- foco no cliente;
- parceria entre os participantes da cadeia de produção;
- estruturas flexíveis;
- ênfase nas relações horizontais pela redução de níveis hierárquicos;
- ênfase no controle por resultados;
- equipes interdisciplinares e fluidas.

Porém, segundo Castelar; Mordelet; e Grabois, (1995), a descentralização só existe com o efetivo deslocamento de poder e, certamente, com maior disponibilidade de recursos. Torna-se necessária a revisão das formas jurídico-administrativas com o propósito de possibilitar maior autonomia de gestão para as organizações hospitalares. O autor ressalta, no entanto, que qualquer alternativa

delineada não deve significar privatização e perda do caráter público de tais serviços, mas ser instrumento facilitador do alcance de suas finalidades públicas.

Queiroz e Viana (1994) ressaltam que o processo de descentralização iniciado pelo SUS esbarra, ainda, na ausência de uma cultura institucional para o uso de controle e avaliação, no âmbito de serviço público, e no próprio peso da descentralização administrativa, que impõe pesadas tarefas burocráticas às equipes locais. Essas observações enfatizam a natureza burocrática das instituições hospitalares.

A redefinição do papel da rede básica traz, como decorrência, uma modificação do papel do hospital, que é hoje na maior parte das situações, a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde. A realização de um exame, a consulta a um especialista, a atenção às pequenas e médias urgências significam, para a maior parte das pessoas, procurar um hospital. A transformação se torna ainda mais premente pela impressionante elevação dos custos hospitalares, registrada por diferentes autores como tendência mundial (Queiroz e Viana 1994).

Pode-se propor, então, que o hospital, sem abandonar uma contribuição significativa aos cuidados primários, não continue a ser a porta de entrada ao sistema de saúde.

Significa definir o hospital como um “locus” reservado aos pacientes em condições clínicas mais severas, em que exigem cuidados contínuos e em situações de risco. O hospital seria então um espaço concentrado de recursos tecnológicos de maior complexidade e de recursos humanos mais especializados. Evidentemente que esse nível de complexidade é e será bastante variável, no que diz respeito às diferentes classificações de hospitais e também considerando as diferenças entre os municípios com milhões de habitantes, e outros com milhares.

Entretanto, o que se observa hoje são hospitais com perfil assistencial definido, mas de forma bastante inconsistente na maioria das vezes. Convivem nos mesmos hospitais serviços de complexidade diversa, com significativa defasagem entre os recursos diagnósticos e terapêuticos, com atividades ambulatoriais típicas de centros de saúde. Encontra-se também uma superposição de atividades entre hospitais de mesmo município com defasagem de leitos em algumas especialidades. Poucos são os hospitais cujo perfil assistencial interno e externo esteja em

harmonia. O que ocorreu foi um desenvolvimento baseado na presença dos recursos humanos, principalmente os profissionais de medicina, concentrando-se de acordo com a especialização das diferentes redes assistenciais (União, Estados, Municípios e rede privada) (Queiroz e Viana 1994).

Um exemplo disto nos dá Cláudia Vassallo, na Revista Exame nº.635/maio/97, ao citar os preços dos equipamentos de alta tecnologia e a maneira como são adquiridos e subtilizados na rede privada, uma vez que seus custos são inviáveis à rede pública de hospitais:

> Um aparelho de ressonância magnética pode custar 4,5 milhões de dólares. O preço de um tomógrafo varia de 300.000 a 1 milhão de dólares. Quem pode pagar por isso? Dificilmente aquele hospital público que recebe do governo dois reais por consulta. Segundo dados da Abimed, associação que reúne importadores de equipamentos médicos, os hospitais brasileiros compraram 71 aparelhos de ressonância magnética e 420 tomógrafos computadorizados nos últimos três anos. A cada cinco anos, no máximo, essa parafernália vira sucata. Na tentativa de correr atrás da tecnologia, o Albert Eistein comprou cinco aparelhos de ressonância magnética num período de apenas 10 anos. Obter o retorno desse investimento pode ser uma luta contra o tempo. Ou uma questão de escala de atendimento. Quanto mais os aparelhos de alta tecnologia são usados, mais rapidamente eles se pagam. { a 10 anos, em Los Angeles, vi um caminhão que, durante 24 horas por dia, rodava todos os hospitais de uma determinada área da cidade levando um tomógrafo} diz João Ganme, diretor médico do Hospital 9 de Julho, de São Paulo. { Aqui cada centro médico se sente na obrigação de ter seu próprio aparelho}.

Aí está, continua Vassallo (1997), um poderoso fator de encarecimento dos serviços prestados pelos grandes hospitais. Eles simplesmente não tem volume de exames que justifique tais investimentos. Estima-se que na cidade de São Paulo existam mais aparelhos de ressonância magnética do que no Canadá inteiro.

Diante de tantos dados desalentadores, a pergunta que se faz é se a assistência médica e as organizações hospitalares não caminham para a inviabilidade econômica. Vassallo (1997) cita que a melhor resposta seria : depende. Uma das soluções encontradas pelos americanos, por exemplo, foi a especialização dos hospitais. Ou o foco, para usar o jargão da administração.

No Brasil o processo de especialização é embrionário, segundo José Manoel de Camargo Teixeira, professor e coordenador do departamento de administração

hospitalar da Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo. “Está restrito a nichos de mercado, como a cirurgia plástica”.

É necessária uma coerência interna, no que diz respeito a complexidade dos recursos disponíveis, com as competências ali existentes, constituindo-se na primeira etapa de um perfil de complexidade e assistencialismo compatíveis com o hospital. A homogeneidade de tais serviços e recursos favorece a existência de hospitais de “referência“, facilitando o fluxo de acesso dos usuários e diminuindo os custos operacionais. Essa diminuição dos custos deve ser vista pelo prisma de melhor utilização dos meios disponíveis em hospitais. (Grabois e Sandoval, 1995).

A noção de complementaridade entre hospitais, continuam Grabois e Sandoval (1995), é bem adequada, sendo mesmo condição indispensável quando se pensa em rede hospitalar hierarquizada. Eis alguns exemplos desta cooperação:

- Um binômio composto dos pólos de concentração e de excelência e dos hospitais de retaguarda pode baixar o custo geral do sistema, propiciando maior rotatividade de leitos e gerando maior disponibilidade na unidade mais complexa.
- Entre hospitais especializados (câncer, hematologia) e hospitais gerais, visando deixar aqueles mais concentrados em suas atividades-fins, ficando os hospitais gerais responsáveis por atividades de suporte (terapia intensiva)
- Entre hospitais com maior capacidade terapêutica e outros mais voltados ao diagnóstico.
- Entre hospitais de curta e média permanência.
- Esta cooperação também deve ser pensada do ponto de vista logístico. Atividades como alimentação, lavanderia, estoques, podem ser organizadas para atender vários hospitais ou centros de saúde.

As formas de hospitalização também podem ser inovadoras, como hospital–dia, hospitalização em domicilio, constituindo-se em trabalho de longa duração, exigindo participação efetiva de autoridades, administradores e trabalhadores da área da saúde.

Um outro campo a ser desenvolvido diz respeito aos mecanismos de avaliação e controle da qualidade e da eficiência no emprego dos recursos humanos. É necessário, segundo Grabois e Sandoval (1995), antes de mais nada,

um entendimento preciso da eficiência. A eficiência é uma relação insumo-produto, não tendo nada a ver com um simples corte de recursos existentes (Motta, 1990). A sintonia do financiamento com um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado só é possível através de um compromisso com tal eficiência, que será construída através de um desenvolvimento gerencial e de um conhecimento, inexistente hoje, sobre o custo real das prestações de serviços, principalmente no que diz respeito aos hospitais.

Financiam-se hoje atividades cujo custo se desconhece. O estabelecimento de sistemas de informações relativos aos custos hospitalares fornece à administração um caráter de transparência, facilitando a negociação de recursos e criando um ambiente favorável a sua valorização interna[10].

Com as pressões sociais e da concorrência internacional, os hospitais privados brasileiros parecem estar gradativamente acordando de um coma gerencial. Em sua reportagem, Vassallo (1997) cita o investimento do Hospital Albert Eistein em novo banco de dados, no qual 4000 médicos cadastrados pelo hospital vão poder comparar os resultados de seus diagnósticos e tratamentos. A idéia é a padronização de medicamentos e exames solicitados. Hoje, a maior parte dos hospitais de primeira linha administra uma farmácia de mais de 15 000 itens. Com a padronização, o Albert Eistein estima reduzir seus custos, apenas no caso de antibióticos, em 25%. “Estamos tomando o barco da informação”, diz Brandt, presidente do Einsten. “Acreditamos que 20% dos nossos custos poderão ser reduzidos desta maneira”.

A crescente preocupação com a inovação de seus serviços, paralela à profissionalização, é exigida na prestação de serviços de qualidade em saúde, fato que reforça a concessão de serviços - terceirização - a empresas especializadas, agora não mais restrita a serviços gerais, mencionados acima, mas abrangendo segmentos técnicos: laboratório, radiologia, ortopedia (Vassalo, 1997).

A opção pela terceirização, continua o autor, destes segmentos a especialistas, se deve à não - capacitação da estrutura das organizações hospitalares, devido ao seu contexto econômico, social e gerencial, para a

[10] Coleção de Textos das Entidades Participantes do Conselho Nacional da Saúde, Pastoral da Criança – Brasília, Agosto /1996.

flexibilização e disponibilização de recursos, humanos e materiais, necessários às constantes atualizações tecnológicas exigidas.

Nesse sentido, segundo Mendes (1996), a reinvenção do governo passa pela implantação de instituições públicas não-estatais, seja pela concessão de autonomia de gestão às instituições estatais, seja pela utilização crescente de diferentes parcerias entre estatais e privados. Em ambos, o interesse público hegemoniza-se, superando a lógica prevalecente na qual o interesse público está restrito ao estatal e em que o ente privado está associado às forças de mercado.

A crise no setor saúde tem, é claro, dimensões mais profundas, principalmente na área política, mas é evidente que é preciso formular uma estratégia gerencial, o mais rápido possível, para acompanhar o ritmo das mudanças causadas pelo desenvolvimento da ciência e da tecnologia, e para enfrentar as adversidades e crises de dimensões ainda imprevisíveis.

3. Metodologia

Neste capítulo será apresentada a metodologia utilizada para o alcance dos objetivos traçados para a presente pesquisa. Esta etapa desenvolver-se-á pela identificação do tipo de pesquisa, objeto da pesquisa, método de pesquisa, dados – tipos, coleta e tratamento -, perguntas de pesquisa e algumas limitações que podem, de alguma forma, restringir o alcance dos objetivos.

3.1 Descrição da Pesquisa

Selltiz et all (1987), enfatizam a dificuldade de se coletar dados na pesquisa social e propõem, como alternativas, entre outros, a utilização de questionários, entrevistas, e pesquisa de arquivo.

Segundo Godoy (1995), as pesquisas descritivas e exploratórias são apropriadas para estudos onde o conhecimento acerca de determinado tema não permite o estabelecimento de hipóteses precisas e operacionalizáveis. Assim, nas pesquisas descritivas e exploratórias, verifica-se uma ampla liberdade teórico-metodológica que proporciona condições para um visão ampla do fenômeno em estudo.

Foi objeto desta pesquisa o processo de terceirização de um Hospital Universitário; representado neste trabalho por “informantes chave” do seu corpo diretivo, bem como chefes e/ou coordenadores de setores – ver quadro 02 – que foram envolvidos, de forma mais intensa, nos processos de terceirização efetuados pelo hospital. Desta forma, dos setores que possuem tarefas terceirizadas, ou foram totalmente terceirizados, foram ouvidos os que, pela sua atuação no processo, possuem as informações necessárias a esta pesquisa.

Quadro 02

Entrevistado	Nível hierárquico
Informante 1	Diretoria
Informante 2	Diretoria
Informante 3	Diretoria
Informante 4	Gerencia
Informante 5	Chefia
Informante 6	Chefia
Informante 7	Coordenador

O universo da pesquisa compreende o setor saúde, especificamente o caso das organizações hospitalares. Por se tratar de um estudo de caso , cabe ressaltar que na escolha do hospital estudado levou-se em conta além de outros fatores, principalmente , ser um hospital cujo histórico administrativo revela fatores inovadores e ser um centro de referência para o contexto catarinense.

O método da pesquisa baseado em estudo de caso, caracteriza-se como sendo um estudo baseado numa análise intensiva empreendida em um única organização (Bruyne; Herman; & Schoutheete, 1991). Nas palavras de Lüdke & André (1986), o estudo de caso é um tipo de pesquisa que apresenta como características fundamentais: objetivar a descoberta; enfatizar a “interpretação em contexto”, buscar retratar a realidade ; e usar várias fontes de informação.

Ainda, segundo Yin (apud Godoy, 1995b, p.25) estudo de caso:

> ...é uma forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto de vida real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utiliza múltiplas fontes de evidência.

Este estudo de caso, não se limita a uma mera descrição dos fatos e situações ocorridos num Hospital Universitário, e por esta razão pretende usar o caso particular da organização em foco para ilustrar a base teórica proposta, corroborando ou refutando as hipóteses apresentadas. Dadas estas características do estudo, o método de pesquisa considerado adequado foi o qualitativo.

Conforme Godoy (1995b), na pesquisa qualitativa objetiva-se a compreensão ampla da dinâmica do fenômeno em estudo, sendo que, para tanto, importa considerar e examinar todos os dados da sua realidade. Ressalta, também, que o estudo assume características qualitativas quando o:

> fenômeno pode ser melhor compreendido contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando "captar" o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (Godoy, 1995b, p.21).

Questionários e entrevistas são instrumentos que valorizam o relato verbal dos sujeitos para a obtenção de informações sobre os estímulos ou experiências a que estão expostos e para o conhecimento de seus comportamentos (Selltiz et al, 1987). A escolha de um ou outro instrumento (questionário ou entrevista), se dá pelo objetivo da pesquisa, definindo-se também por este objetivo o tipo de abordagem, estruturada ou não estruturada.

3.2 Dados: tipos, coleta e tratamento

Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados através de duas fontes básicas: primária e secundária. No que se refere à fonte primária, a coleta dos dados foi executada através da aplicação direta de entrevistas, semi–estruturadas e dirigidas, ao corpo diretivo do hospital, bem como aos chefes e/ou coordenadores de setores que tenham sido envolvidos, de forma mais intensa, nos processos de terceirização efetuados pela empresa hospitalar.

Os informantes, definidos no tópico anterior, foram consultados verbalmente sobre sua disponibilidade em participar deste estudo e assim agendados, realizou-se entrevista gravada com posterior transcrição de dados. Estas entrevistas realizaram-se no Hospital Universitário, objeto deste estudo, com a devida autorização por escrito da direção .

Observa Triviños (1997), corroborando a técnica utilizada, que a entrevista semi-estruturada constitui-se, considerando alguns tipos de pesquisa qualitativa, como um dos principais meios para coleta de dados à disposição do pesquisador. Evidencia, também, que ao privilegiar este tipo de pesquisa se está valorizando a

presença do investigador e oferecendo “todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”(Triviños, 1997, p. 146).

Com relação à aplicação das entrevistas, segundo Richardson et al (1985), o pesquisador deve explicar ao entrevistado o objetivo e a natureza do trabalho, assegurando-lhe o anonimato e o sigilo de suas respostas. Também deve solicitar ao entrevistado autorização para gravar a entrevista, explicando o motivo da gravação. Ainda, conforme Richardson et al (1985), o pesquisador deve permitir ao entrevistado concluir seu relato, ajudando-o, se preciso, a completá-lo comparando datas e fatos. Por último, deve-se evitar atitudes de protagonista e autoritarismo, conselhos, considerações moralistas e discussões com os entrevistados.

Com relação aos dados secundários, foram realizadas consultas aos registros de arquivo, atas de reuniões, projetos, propostas, planos, registros de processos, correspondências, estudos, relatórios, entre outros.

Pesquisas de registros buscam a reflexão sobre o impacto que eventos naturais (ocorrência registradas) causam na sociedade. Fazem parte destes arquivos os registros estatísticos, os documentos escritos (públicos ou pessoais) e os meios de comunicação de massa. Como os outros métodos citados, neste caso, é vital considerar-se a metodologia empregada na pesquisa, considerando a mensuração e amostragem cuidadosa, dado o caráter não científico de grande parte dos registros disponíveis (Selltiz et al., 1987).

Na medida em que a ótica estrutural permeia a análise dos fatos e relações que constituem a organização, é cabível a contextualização histórica do caso em estudo, para que através dela sejam evidenciados os fatores inovadores relacionados com os processos de terceirização ocorridos no período em observação.

Logo, a utilização de diferentes técnicas de coleta de dados – entrevistas, observação e envolvimento do pesquisador e análise documental – permitiu o confronto das informações e possibilitou a verificação de sua validade. Desta forma, a análise e interpretação dos dados dar-se-ão pela compreensão dos depoimentos coletados frente aos documentos selecionados, entretanto, com a observação e envolvimento do pesquisador como facilitadores deste processo.

Vislumbrando a solução do problema de pesquisa apresentado, formulou-se as seguintes perguntas norteadoras :

1- Quais fatos, no contexto das instituições hospitalares, podem ser apontados como influenciadores da terceirização no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?
2- Que ações administrativas podem ser apontados como conseqüentes do processo de terceirização, desde a tomada de decisão?
3- Que ações administrativas foram desenvolvidas para facilitar a terceirização do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?
4- Quais ações administrativas nos processos de terceirização no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO podem ser apontadas como fatores de inovação organizacional?

No ANEXO II, encontram-se o roteiro das entrevistas com as perguntas de pesquisa utilizadas.

A utilização de uma entrevista semi-estruturada e dirigida como instrumento de coleta de dados, apesar de aprofundar os aspectos relevantes da pesquisa, exige o destaque de algumas restrições que podem limitar o alcance de seus objetivos.

A primeira, decorre que, em virtude do estudo, teve que recorrer à percepção e experiência dos entrevistados. Deve-se considerar, então, os fatores ambientais e pessoais que podem ter influenciado nas respostas destes. A segunda refere-se as fato de que dados de originados da percepção dos entrevistados podem ser voláteis, isto é, as respostas variam em diferentes períodos do tempo. Logo, os dados obtidos retratam as condições ambientais no estágio em que se encontra o processo de terceirização.

4. Análise dos dados

Como afirma Yin (1989), a análise dos dados em estudo de caso consiste na compreensão dos dados no sentido de validar ou refutar os objetivos iniciais do estudo. Lembre-se a assertiva de Selltiz et. al. (1987) que observam que o objetivo da análise dos dados é sintetizar as informações completadas, de forma que estas viabilizem respostas às perguntas da pesquisa em foco.

As questões abertas referem-se a identificação das ações administrativas da empresa hospitalar em processos de terceirização, particularmente no tocante à estrutura organizacional.

Descrição dos Dados:

O **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA** é uma Unidade Hospitalar de referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde - SUS em Santa Catarina, com 304 leitos (46 não ativados) disponíveis em clínicas com todas as especialidades médicas do ensino de graduação e pós-graduação nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Bioquímica, além de Psicologia, Engenharia Clínica, Odontologia e Serviço Social.

Atende à comunidade local, regional e estadual com programas de extensão de atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatorial, hospitalar e de serviços complementares de diagnose e terapia, tendo sido responsável em 1999 por 140.441 atendimentos ambulatoriais e 8.577 internações. Somente na área de Emergência e 1º Atendimento atendeu 113.835 pacientes (média de 312 pacientes/dia).

O seu papel formador de profissionais de saúde e sua vocação indiscutível para liderar os processos de educação continuada e programas de pós-graduação, divulgação de conhecimentos, técnicas e metodologias modernas de atenção à saúde tem ficado prejudicados em função das dificuldades de investimento em equipamentos e tecnologia.

Segundo seu relatório anual, o ano de 1999 caracterizou-se por um período de grave crise institucional com desequilíbrios orçamentários e financeiros em virtude da crise econômica do início do ano, liberação do câmbio com alta do dólar e reflexo em toda a economia do Hospital. Houve necessidade de renegociar contratos, valores de serviços, medicamentos e insumos, obrigando a Direção Geral e toda a equipe, a adotar estratégias de contenção, de controle e de contingenciamento de gastos.

A diminuição do faturamento SUS com a implantação dos novos sistemas SIPAC na Oncologia, Hemoterapia, laboratório - carga Viral CD4 CD8 - Imunologia colocou em risco todo o planejamento para o ano 99, obrigando a esforços ingentes para não desativar serviços e programas com conseqüente prejuízo para as atividades do Hospital Universitário.

A Universidade que, historicamente socorria o Hospital Universitário nas crises financeiras, também não teve recursos disponíveis, liberando tão somente valores orçamentários correspondentes à receita obtida pelo faturamento Sistema Único de Saúde, sabidamente insuficiente para a manutenção das atividades. de assistência, ensino e pesquisa.

Felizmente, o convênio assinado com o Ministério da Saúde e os recursos liberados pelo Ministério da Educação e Cultura no último trimestre e final do exercício, permitiram encerrarmos o ano com as contas equilibradas e absolutamente em dia, recuperando a credibilidade com alguns fornecedores em atraso inédito de até 60 dias.

O convênio Ministério da Saúde no valor de R$ 808.344,00 foi totalmente aplicado em pagamentos da folha Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão Universitária, Contratos e encargos de terceiros.

Em material permanente, área de informática, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Laboratórios e mobiliário foram investidos R$ 122.724,00 e em reformas da área física (obras) R$12.000,00 utilizando os recursos do Convênio MEC. Outros de R$ 35.000,00 encaminhados em Dezembro pelo Ministério da Saúde foram utilizados para a Licitação de equipamentos de Endoscopia Urológica.

Principais Realizações em 1998/2000.

Em relação as estratégias previstas no planejamento HU/99 e HU/00, pode-se afirmar que o Hospital Universitário obteve resultados satisfatórios na maioria das suas ações, em 1999/2000. Os principais indicadores melhoraram seu desempenho em relação a 1998.

Quadro 03:Taxas de Ocupação, permanência, mortalidade geral e infecção hospitalar

T A X A S	**1999**	**2000**
Taxa De Ocupação	76,74	73,58
Taxa De Permanência	7,92	7,42
Taxa De Mortalidade Geral	3,46	2,93
Taxa De Infecção Hospitalar	4,1	6,5%

Fonte: Relatório anual do HU, 1999.

Quadro 04: INTERNAÇÕES 98/99/00

U N I D A D E S	**1998**	**1999**	**2000**
Clínica Médica	1.791	1.655	1.830
Clínica Cirúrgica	1.476	1.596	1.700
Clínica Pediátrica	865	847	969
Clínica Ginecológica	453	536	571
UTI	203	214	195
Maternidade			
Ac/Obstetrícia	1.868	2.004	2.179
Ac/Recém Nascidos	1.302	1.321	1.570
UTI/Neonatal	318	283	269
TOTAL	8.276	8.577	9.283

Fonte: Relatório anual do HU, 1999.

As internações nas diversas clínicas mostraram desempenho melhor gerando uma variação positiva de 2,12%, em relação ao ano anterior.

.

Quadro 05: ESTATÍSTICA ANUAL - CONSULTAS

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS			
LOCAIS/ANO	1.998	1.999	2000
Clinica Médica	54.568	60.064	55.054
Clinica Cirúrgica	27.795	29.488	26.504
Pediatria	13.339	15.018	15.222
Gineco-Obstetricia	9.589	10.665	9.728
SASC	15.733	15.734	15.799
Postos Periféricos *	0	0	
Outras Áreas	9.213	9.472	9.904
Total	130.237	140.441	132.211

*Movimento cedido à PMF.

Os atendimentos ambulatoriais cresceram 16,6% em relação a 1998 e ultrapassaram o melhor índice da década obtido no ano de 1998 - (130.237 pacientes)

Suas condições físicas é que dão suporte ao ensino de graduação e às atividades de assistência sofrem as conseqüências restritivas da situação orçamentária e financeira que penalizam a totalidade dos Hospitais universitários no Brasil.

Tal afirmação é corroborada pela percepção de seus dirigentes que vislumbram o papel fundamental que o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO desempenha na assistência à comunidade e na adequada formação de recursos humanos para área da saúde, cientes que esta é sua missão maior, ainda que com a carência assistencial na área da saúde, desempenha este hospital papel vital dentro da comunidade que atende;

> *"... como para praticar um bom ensino é necessário que se faça saúde com a melhor qualidade possível, passamos a ser um padrão da qualidade de assistência à comunidade..." (Informante 1)*

Considerando suas características de Hospital exclusivamente público, atendendo seus pacientes de forma única, sem discriminação, o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO é, ainda, referência Estadual em algumas especialidades médicas, como a Neurocirurgia, a cirurgia cardíaca e a cirurgia pediátrica, atendendo no entanto todas as demais áreas de especialidades médicas com esmero para oferecer qualidade de ensino.

As vinculações políticas / financeiras do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO dizem respeito ao Ministério de Educação e Cultura, dada sua coexistência com a UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, como hospital escola e, ao MS uma vez que presta assistência através do Sistema Único de Saúde, também se relaciona com a Secretaria Municipal de Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde, com as quais participa em programas comuns, porém, não há com estes últimos subordinação administrativa. Seus recursos vêem do Ministério da Educação e Cultura (MEC) que repassa verbas para pagamento de pessoal e dos serviços

prestados ao SUS, cujo comprador é o Ministério da Saúde. Das interações com os órgãos estaduais e municipais, ainda que seja reconhecida a sua importância no contexto estadual e municipal por seus representantes, não é contemplado por auxílios financeiros:

> *"... na prática, por exemplo, quando há recursos que vem do Ministério da Saúde e que são repassados para as instituições através da Secretaria Estadual da Saúde (SES), nós com freqüência somos esquecidos ..." (Informante 1)*

> *"... nós temos os nossos próprios programas, as nossas próprias metas, ainda que, sempre que possível, a gente trabalhe em conjunto com a SES..." (Informante 2)*

A existência do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO se deve à sua missão maior que é o ensino, mas, suas vinculações, de um lado o Ministério da Saúde (MS) e de outro o MEC, tornam-se conflitantes na medida em que o MS traça metas de assistencialismo e o MEC dimensiona suas necessidades para a prática exclusiva do ensino. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO se posiciona, através de sua direção, neste ínterim com interesse de crescer e ainda realizar pesquisa.

> *"... aqui se faz pesquisa, talvez nenhum dos dois tivesse interesse, mas nós temos ..." (Informante 3)*

Dadas suas vinculações, há de se ressaltar, uma dependência natural e desejável, da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA em termos administrativos, por ser o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO em sua essência uma instituição de ensino, e o reforço da dependência financeira do MEC de onde advém 85% dos recursos para pagamento de pessoal, cerca de 2 milhões de Reais, sendo o restante dos recursos resultado do atendimento ao SUS, cuja receita de aproximadamente 900 mil Reais é empregada no custeio do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO e, na complementação de pessoal. Porém, é ponto pacífico que, a

complementação de pessoal citada, que consome 50% dos recursos destinado ao custeio do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, deveria ser também viabilizada pelo MEC.

> "... *infelizmente destes recursos utilizamos 50% para pagar pessoal que deveria ser pago pelo MEC, então, nossas dificuldades são estas ..." (Informante 2)*
> *"... é uma fuga de recursos que para nós está fazendo muita falta." (Informante 2)*

Quando se analisa o atendimento das necessidades da comunidade, verifica-se que a questão da dupla vinculação do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO aos Ministérios da Saúde e da Educação, novamente traz fatores dificultadores;

> *"... o Ministro da Educação diz que o Hospital deveria ter tamanho adequado e necessário apenas para praticar o ensino, ..., já o Ministro da Saúde diz ao contrário, que nós devemos atender toda a comunidade,... .* " (*Informante 1)*

Os dirigentes deste, entendem que a comunidade não pode ser cobaia, e que esta deve ser bem atendida, e ainda, que o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO por ser um hospital público não atende apenas pacientes carentes de recursos, mas todos os que se subordinem às regras da instituição, sendo que o privilégio de atendimento deve ser pela gravidade da doença e pela necessidade dos indivíduos que buscam auxílio nesta instituição, dentro das limitações financeiras impostas.

> *" ... nós fazemos algumas ações sim, determinados a minimizar as dificuldades sociais,..., a carência de recursos nos impede de fazer o ideal..." (Informante 2)*

Respondendo as perguntas de pesquisa deste trabalho pode-se aferir:

1.Que ações administrativas, no contexto das instituições hospitalares, que podem ser apontados como influenciadores da terceirização no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?

Ao considerar as diversas especialidades de uma organização hospitalar como núcleos, podemos dividir o hospital em departamentos especializados. O trabalho no hospital é mutuamente suplementar e interdependente e esta situação determina que as funções especializadas e as atividades de muitos departamentos sejam suficientemente coordenadas, para que a instituição funcione eficientemente e atenda seus objetivos, permitindo continuidade nas operações organizacionais. Desta forma o hospital necessita de um sistema muito aperfeiçoado de coordenação interna, que não pode ater-se aos mecanismos padrão, em função do fluxo de trabalho muito variável e irregular que existe nessa organização (Machline et al., 1983).

Berndt e Coimbra (1995) apontam as inovações nas tecnologias de gestão, as tendências de mercado (como o grande crescimento de pequenas empresas) o downsizing e a terceirização, entre outros, como processos de adaptação evolutiva que significam a sobrevivência e, principalmente, a melhoria da saúde das organizações.

Evidenciou-se que a terceirização no Hospital Universitário foi motivada pela necessidade de suprir carências de pessoal para a manutenção de serviços do hospital. Assim o Hospital Universitário possui em síntese três modalidades de terceirização, a primeira e mais antiga prática diz respeito aos serviços de manutenção de equipamentos, contratos formatados para prestação de serviços técnicos específicos para cada equipamento ou grupo deles; a segunda forma de contratação de terceiros viabilizou-se através de convênio com outro órgão da Universidade – a FAPEU- que serve de intermediário na contratação de mão-de-obra especializada, para reposição de pessoal quando da aposentadoria, morte ou demissão dos mesmos em cargos que de apoio como lavandeira, copeiro, cozinheiro, ou cargos não supridos pelo quadro funcional como no caso dos médicos plantonistas; já a terceira modalidade trata-se contratação direta de empresa prestadora de serviços de apoio, limpeza, vigilância, zeladoria, entre outros, uma vez que estes cargos foram extintos do quadro de pessoal do governo federal, tendo

como conseqüência a ausência de mão-de-obra para as funções exercidas pelos referidos cargos.

"... a terceirização se deu devido à pressão vinda diretamente do governo que extinguiu diversos cargos existentes..." (Informante 1)

"... para suprir algumas necessidades que não tem sido supridas pelo governo federal a terceirização ocorre ..., para que algumas atividades do Hospital Universitário sejam mantidas,...." (Informante 4)

" A terceirização não foi uma opção, foi uma obrigação,..., se nós tivéssemos todos os serviços realizados por nossos servidores, não precisávamos terceirizar." (Informante 5)

Além da contratação de mão-de-obra também a modalidade de contratação de serviços tem sido utilizada pelo Hospital Universitário, como os serviços de pedreiros, carpinteiros e pintores, que não estão vislumbrados no quadro de servidores do Hospital Universitário, e são pagos por recursos da instituição. Na terceirização, sem a mediação da FAPEU, encontramos as empresas que hoje realizam os serviços de limpeza e vigilância, contratadas por licitação e que já ocorre desde 96/97, cuja gerência de pessoal é realizada pela empresa contratada sob supervisão do Hospital Universitário, para aferir a adequação dos serviços prestados.

Quando surgiu a necessidade de contratação dos serviços de apoio, não havia parâmetros anteriores para nortear as ações, abriu-se uma licitação e contratou-se os serviços. Hoje no entanto já existem instruções normativas do MS quantificando inclusive o número de pessoas por metro quadrado, referencial de valores do quanto se pode pagar por serviço, preço máximo por região, e toda uma questão legal que deve ser cumprida para realizar contratações em forma de terceirização.

Mesmo assim a instituição tem de apresentar provas de que os cargos para os quais desejam contratar terceiros, foram extintos, fazer plano de trabalho comprovando a real necessidade deste pessoal e encaminhar para procuradoria da

Universidade Federal De Santa Catarina, onde obterá autorização como também da Reitoria. Tais contratos podem ser renovados anualmente até o máximo de cinco anos, quando deverá se realizar nova licitação.

2.Que ações administrativas podem ser apontados como decorrentes da terceirização, desde a tomada de decisão?

Analisando o conjunto de hospitais públicos, constata-se que, enquanto crescem as pressões por maior complexidade, tanto advindas da oferta e real incorporação de tecnologias, quanto pela diversificação da demanda, estes hospitais perdem em autonomia e, especialmente, em recursos. Os reflexos sobre a complexidade das atribuições gerenciais são evidentes, revelando a falta de habilidade do diretor em lidar com crises que se avolumam e se sucedem, enquanto referência técnico-profissional.

A instrução normativa limita o máximo de contratações ou valores que a instituição pode alcançar em seus contratos, porém, são realizadas reuniões da direção do Hospital Universitário abrangendo Direção Geral, Administrativa, Médica, de Enfermagem e de Apoio, onde são discutidos os parâmetros internos para a contratação, isto é, baseados na necessidade existente e limitados pela verba disponível.

> *“... não podemos ultrapassar, temos ficado sempre abaixo, até onde é possível segurar, porque somos nós que pagamos.” (Informante 2)*

Ocorrem reuniões semanais, todas as sextas-feiras, onde se discute a qualidade dos serviços prestados.

Emergiu a facilidade de gerência do pessoal contratado pela terceirização, apontada sobretudo pela inexistência da estabilidade do emprego e do corporativismo inerentes ao serviço público, e ainda as dificuldades burocráticas impostas para demissão de um servidor de serviço público federal. Na terceirização, no entanto, o regime é celetista, o que facilita a demissão e substituição do

funcionário que não atenda às exigências da instituição, mesmo sem justa causa prevista na Consolidação das Leis Trabalhistas.

Lembra-se também, da melhoria de qualidade devido à especialização daquele serviço específico, e por vezes com menor custo para a instituição, dependendo do tipo de contratação que se faz.

> *"...então, a gerência de pessoal em tese é mais fácil,..., mas, eu repito, não foi o motivo que orientou a terceirização..." (Informante 2)*

> *"... as contratações do Hospital Universitário são feitas através de licitação pública,..., teoricamente é o menor preço do mercado..." (informante 4)*

Porém, são ressaltadas as dificuldades decorrentes da falta de formação específica dos prestadores de serviço, principalmente nos cuidados de limpeza que envolvem a higienização da área física e utensílios utilizados por pacientes. Nestes serviços encontramos questões de conflito entre o corpo técnico do hospital e os funcionários das empresas terceirizadas.

Os fatores apontados são:

- alta rotatividade: supostamente, a não qualificação da mão de obra contratada é atrelada à baixa remuneração dos mesmos, o que provoca a instabilidade do indivíduo na função, dados os níveis de exigência das tarefas e/ou procura de colocação mais lucrativa. Além disso, a rotatividade torna sem efeito, cansativo e dispendioso os esforços de treinamento e orientação realizados pelo corpo técnico do hospital;

  > *" A rotatividade é grande, e a gente perde o controle, hoje é uma pessoa, daqui a 3 meses é outra e a gente não sabe se tem preparo..." (Informante 5)*

- falta de gerência dos serviços terceirizados: a limitação do direito de gerenciar por parte das chefias técnicas, especificamente de enfermagem, é apontado como grande dificultador uma vez que se concebe o hospital como estrutura complexa e com necessidade interação entre suas tarefas;

"... o chefe da empresa fica como um apêndice, ...não tem vínculos, ... e é um problema." (Informante 6)

- formação básica e/ou específica: mesmo com treinamentos realizados constantemente pelo corpo técnico do hospital, como por exemplo do CCIH, onde procura-se alertar sobre a necessidade de cuidados mínimos para evitar contaminações de ambiente e principalmente pessoais, relatou-se um quadro de extrema dificuldade de incorporação por parte dos funcionários terceirizados, da importância de suas tarefas para a manutenção e promoção da saúde dentro da instituição. Cabe lembrar que foram citados casos de analfabetismo o que torna inviável a realização de funções simples como a de lavar utensílios de uso pessoal dos pacientes, cuja rotina é estabelecida com produtos específicos e tempos mínimos necessários para ação eficaz destes (imersão em degermantes).

  "... a enfermagem tem uma rotina de trabalho, eles querem implantar a rotina deles, ou a rotina que sua formação permite, isto causa conflitos." (Informante 6)

- comprometimento: por fatores já citados acima, agravados por supervisão igualmente sem formação, com referência de necessidades da empresa de origem, e sem visão de atendimento de saúde, é inevitável a falta de comprometimento das pessoas com a instituição e seus objetivos, produtos e serviços. Em contrapartida, os membros efetivos da instituição, dada a ingerência sobre as ações de seu colegas terceirizados também não se comprometem com as ações dos mesmos, repassando a responsabilidade para a empresa de origem. Tais fatos geram efeitos desastrosos no que diz respeito aos compromissos com as responsabilidades técnicas e concretização das tarefas, de ambas as partes.

“ ... o pessoal da casa, não se sente responsável por esta área,... isto é com a firma..., são duas administrações paralelas ...” (Informante 7)

Além disto, ao coexistirem na mesma instituição duas ou três figuras diferentes, o pessoal das firmas, o pessoal contratado pela Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão Universitária e o pessoal do quadro permanente do Ministério da Educação e Cultura, problemas eventuais quando à diferenciação de remuneração podem surgir, o que ultimamente não ocorreu por não haver reajustes salariais para ninguém.

Ao discorrer sobre a necessidade de envolvimento e participação da força de trabalho, que possibilitam maior utilização de seus conhecimentos e habilidades, Fleury (1995) ressalta as alterações das políticas de gestão dentro das empresas. Lembra que a primeira preocupação relaciona-se com a estabilização da mão-de-obra, justificando-se pelos custos envolvidos na rotatividade de pessoal e no valor que um empregado experiente e comprometido pode gerar para a empresa. Políticas de treinamento e capacitação têm sido utilizadas na preparação dos operários para aplicar novas técnicas.

A dificuldade maior, segundo Quinn (1996), é o problema de formar equipes interfuncionais ágeis e intimamente integradas para inovação dentro da organização. O fato de o conhecimento terceirizado em geral encontrar-se num local diferente pode dificultar esse trabalho em equipe. Ao entrar em um relacionamento de terceirização a longo prazo, envolvendo inovação, o pessoal do parceiro pode vir a trabalhar dentro da empresa compradora, com intuito de desenvolver novos projetos, garantindo o relacionamento íntimo entre o pessoal da organização compradora e o parceiro terceirizado.

Como fato amenizador, é apontado a integração do pessoal contratado através da FAPEU, estes, segundo depoimentos, se envolvem com a instituição por serem gerenciados pelo pessoal interno, ou seja, se sentem parte do sistema.

“...quando há reajustes, eu diria automáticos ou ocasionais, um quadro fica diferente do outro dando algumas isonomias.” (Informante 2)

O grande impacto apontado como decorrência da terceirização do Hospital Universitário volta-se ao problema de distribuição de recursos financeiros já mencionado, uma vez que, neste processo o Hospital Universitário passou a arcar com a folha de pagamento dos serviços terceirizados, contratados para suprir as necessidades geradas pela falta de manutenção de pessoal pelo governo federal. Isto é, antes o Hospital Universitário tinha servidores pagos pelo Ministério da Educação e Cultura, este extinguiu cargos e não repôs pessoal que por outro motivo qualquer saiu da instituição, então, o Hospital Universitário teve que contratar através de terceirização esta mão-de-obra e assumir o custo de sua manutenção com recursos financeiros retirados de seu custeio.

> *"... dos recursos que arrecadamos dos serviços prestados ao SUS, infelizmente nós estamos colocando metade deles no pagamento daquilo que não seria obrigação do Hospital Universitário..." (Informante 2)*

A utilização dos recursos para suprir custos da terceirização, que deveriam, segundo os dirigentes do Hospital Universitário, ser utilizados para compra de suprimentos como medicamentos, materiais de laboratório, equipamentos mais modernos e outros, inviabilizam a melhoria de qualidade de ensino e assistência à população, principal preocupação da gerência do Hospital Universitário hoje.

3.Que ações administrativas podem ser apontadas como facilitadoras da terceirização do Hospital Universitário?

A resposta da instituição ao processo de terceirização , uma vez que não ocorreu tendo como impulsionadores as aspirações da própria instituição, e sim a necessidade eminente de manutenção da estrutura funcional ocasionada pela falta de apoio dos órgãos mantenedores, se deu apenas no sentido de se adequar para minimizar as dificuldades decorrentes da obrigatoriedade de tais processos.

Cabe recordar Quinn (1996) quando observa que a terceirização tem riscos que devem ser considerados quando o processo não tem origem estratégica. O autor aponto ainda, como principais preocupações: (1) possível união imperfeita

entre as habilidades selecionadas para agora e as necessárias para a dominância no futuro; (2) a perda de bases de habilidades que poderiam tornar-se centrais no futuro; (3) a perda de habilidades funcionais internamente necessárias; entre outras.

Ocorreu, em primeiro lugar, um movimento que buscava alternativas para reverter o processo, ou seja, soluções que poderiam não tornar a terceirização como definitiva e crescente dentro da instituição e, após a constatação de sua inserção definitiva na existência da instituição, uma adequação aos fatos decorrentes desta.

> *"... era um processo complicado, que a longo prazo iria comprometer a funcionalidade da instituição, no sentido que iria consumir mais e mais recursos, ..., infelizmente aconteceu..." (Informante 4)*

Ao analisar quaisquer mudanças significativas em uma organização, como as que envolvem a terceirização, precisamos questionar não só como afetarão os sistemas operacionais, mas também como afetarão os infra-sistemas e os sistemas informais de ajuste. Os infra-sistemas são constituídos por toda a estrutura interna de relacionamentos, hierarquia e poder de uma organização, ou a maneira como a organização trabalha. Como sistemas informais de ajuste destacam-se, entre outros, as redes comunicação e a circulação de informação informal na organização.

A situação assim apresentada exigiu mais habilidade e conhecimentos gerenciais, tornando indispensável a capacidade administrativa para o enfrentamento das demandas e desafios a que estão sujeitas as organizações hospitalares neste contexto.

> *"... nós também não tínhamos experiência, era muito complicado, muito complexo,... (Informante 7)*

Etzione (1974) sugere que a anuência dos indivíduos às diretrizes propostas pode ser direcionada de duas maneiras. Por acreditar ser necessário suportá-las, com a internalização das metas da organização; ou por temor a maiores perdas em relação à adoção das orientações sugeridas.

4.Que ações administrativas podem ser identificadas como inovação organizacional nos processos de terceirização no Hospital Universitário?

É notória a agilização de alguns serviços de apoio no Hospital Universitário, com a terceirização, como por exemplo a manutenção, o tempo de não funcionamento dos aparelhos que necessitam de manutenção hoje é infimamente menor que na época em que a manutenção era feita pelo quadro próprio de servidores, e tal fato se deve pela liberdade de se contratar serviços de concertos ordinários e extraordinários, resultando na agilização da recuperação e recolocação em funcionamento de equipamentos, o que resulta em diminuição de custos destes itens, uma vez que torna a vida útil dos mesmos mais produtiva.

> *"... porque equipamento caro, é equipamento parado, que não está à disposição da comunidade." (Informante 3)*

Quanto à estrutura administrativa e hierárquica não houve alterações, a não ser de ordem funcional, onde as gerências e supervisores já designados tiveram que aprender a gerenciar formas diferentes de contratos e contratados, tendo como benefício a substituição de seus comandados que não atenderem às expectativas e a reposição das vagas eventuais surgidas, o que não acontecia com o quadro exclusivo de servidores públicos federais, onde havia uma tolerância quanto á produtividade para não haver ausência da mão-de-obra. Hoje os terceirizados possuem dupla subordinação, de sua empresa de origem e da supervisão da instituição em todos os seus níveis hierárquicos. Os supervisores das empresas também são contratados pelo Hospital Universitário dependendo do número de servidores atuantes.

> *"... o Hospital Universitário não mudou sua estrutura, sua hierarquia, nem as funções da instituição,... o que mudou foi a necessidade de estruturar um grupo de servidores para que façam o acompanhamento destes processos..." (Informante 4)*

Não há, no Hospital Universitário, a consciência “clara” de benefícios decorridos da terceirização, porém, com o a necessidade de aprendizado de outras formas de contratação de pessoal , foi necessário aos servidores envolvidos nestes processos, agregar conhecimentos. O gerenciamento dos contratos trouxe uma fiscalização rotineira – as auditorias, o que exige um maior empenho pessoal para obtenção dos resultados.

“ ... aumentou a cobrança, aumentou a fiscalização e isto tudo reflete numa melhora do trabalho original. “ (Informante 7)

Quinn (1996) defende a idéia de que concentrar a organização em seu próprio conhecimento interno, nas suas habilidades de serviço e nas de seus fornecedores, afasta cada vez mais a administração da tarefa de supervisão e da distribuição de bens fiscais e físicos, aproximando-a da administração de habilidades humanas, bases de conhecimento e intelecto tanto dentro da empresa quanto em seus fornecedores.

Há, entre os entrevistados, quem afirme a não existência de benefícios para a instituição com a terceirização além do necessário suprimento de pessoal, o que poderia ser resolvido com a realização de concurso público. Na enfermagem, por exemplo, foi mencionada a redistribuição de serviços antes realizados pela equipe técnica por absoluta falta de pessoal.

“... só o suprimento de falta de pessoal, não vejo como benefício para a área hospitalar...” (Informante 2)

Uma perspectiva de que a convivência com a realidade do mercado de trabalho trazida pelas empresas terceirizadas, pode demonstrar, não só aos que gerenciam estes processos, mas aos que atuam com os funcionários desta empresas, que há sempre algo mais que se pode fazer pela instituição. Esta perspectiva é reforçada pela cobrança de desempenho funcional, por parte das empresas terceirizadas, diante do quadro de desemprego atual.

Segundo, Grabois; Sandoval e Iwersen (1995), a gerência dos serviços de saúde ocupa lugar de destaque, representando o elo de ligação entre os objetivos mais amplos do sistema e a prestação de serviços à população. Uma combinação ótima dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros presentes nos hospitais exige a superação da idéia de que bom senso e experiência pessoal podem ser a mola mestra de uma boa gerência

> *"... vem gerar no quadro de servidores dos nossos gerentes o entendimento da necessidade de um maior envolvimento institucional, talvez isto venha a ser uma vantagem..." (Informante 1)*

Neste contexto, é levantada a proposta de reforma administrativa do MEC, que vislumbra a contratação de servidores pelo regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e não mais pela regime jurídico único (RJU) da Lei N.º 9.102, buscando a liberação de mais de 40.000 vagas que estariam disponíveis. Sendo que, o próprio governo federal já orienta hoje a contratação de pessoal por outras formas que não o RJU, conclui-se que a terceirização nada mais é do que uma imposição deste governo. O que não é verificado na instituição é se o rumo dos acontecimentos pode ser classificado como bom ou ruim, já que as mudanças conjunturais que nortearão a instituição daqui a 5 ou 10 anos não podem ser previstas, no momento, segundo a percepção da direção, é mais fácil administrar o regime da CLT.

A grande dúvida da direção é quanto ao gerenciamento desta nova modalidade, uma vez que, se passados todos os servidores para regime CLT, a negociação de remuneração se dará, provavelmente diretamente com a direção da instituição, o que hoje se dá em relação ao governo federal. A questão, segundo verificado, não é da responsabilidade a ser assumida, mas, da falta de garantia de recursos para administrar este pessoal, o que não está claro nas propostas apresentadas pelo governo.

> *"Nunca houve garantia de recursos, se o governo federal desse garantia de recursos, já estaríamos fazendo,..." (Informante 1)*

Outra questão levantada é o modelo de terceirização utilizada, no que se refere às empresas contratadas. É alegação dos informantes que, sendo o Hospital Universitário uma instituição de saúde, certas questões específicas relacionadas às suas atividades deveriam ser atendidas.

Leiria e Saratt (1995), afirmam que a contratação de parceiros pressupõe um jogo negocial com regras novas, adaptadas caso a caso, mas onde sempre sejam contempladas modificações na cultura empresarial, aprimorando-se o conhecimento e a informação, reconhecendo-se efetivamente que o saber adquire supremacia em larga escala.

> *"... porque estão usando o mesmo modelo que é utilizado para outras empresas, e os serviços são diferenciados." (Informante 4)*

Como limitadores da expansão da terceirização na instituição, foi possível aferir a necessidade de controle do exercício profissional para a prática de ensino de qualidade, onde a prática ensinada deve estar em conformidade com a teoria dissertada em sala de aula.

A adequada estratégia da organização, ressaltam Nadler e Tushman (1997), é verificada neste "momentum organizacional". A cultura e a história da organização podem constituir obstáculo à pronta resolução de problemas e ao aprendizado organizacional. É paradoxal o resultado de grandes períodos de sucesso organizacional que acarretam complacência e capacidade de aprendizado reduzida. Os autores destacam que esse efeito é acentuado em organizações que dominam uma classe de produtos, naquelas historicamente normatizadas, e nas organizações naturalmente protegidas de concorrência.

Também, pelo fato de que a meta da instituição é o ensino e assistência, o que torna o faturamento apenas uma conseqüência e norteia as ações neste sentido, limitando a realização de terceirizações onde o ensino poderia ser negligenciado parcialmente para diminuição de custos.

> *"... um exemplo vale mais do que mil palavras,..." (Informante 6)*

“... para nós a assistência e o ensino são uma meta e o faturamento é uma conseqüência.” (Informante 3)

Decorrente do exposto acima, e norteando todo processo de tomada de decisão no Hospital Universitário, a limitação financeira, dada pela vinculação e necessidade de autorização do Governo Federal para suas ações, é apontada como grande limitador para ações inovadoras dentro da instituição, apesar da modernização gradual que seus dirigentes tem realizado no Hospital Universitário. Cabe citar, por exemplo, toda informatização de marcação de consultas, gerenciamento de materiais, laboratório e, futuramente, da área de internações.

A renovação do parque tecnológico, no entanto, apesar de ser uma necessidade constante para um hospital neste porte, vem atrelada a projetos do governo federal a nível nacional, o que ocorre lentamente.

“... a gente tem buscado sempre melhorias, a dificuldade é a limitação de recursos que se tem ...” (Informante 2)

5. Conclusão

É necessário salientar o ambiente de pesquisa deste estudo, cujas características em particular questionam a utilização da ferramenta de gestão - Terceirização, como um fator de inovação organizacional.

A literatura sugere que os processos de mudanças organizacionais, normalmente, acarretam reorganização ou remodelamento estrutural, quer seja físico ou burocrático, geralmente ambos.

Uma vez que a organização, por imposição do mercado ou inovação gerencial, inicia movimentos de mudanças, torna-se necessário o desenho estrutural atual e/ou a projeção dos efeitos destas no arranjo já existente. Justifica-se esta necessidade com a distribuição de novas tarefas ou no caso de terceirização a segmentação do processo e, a definição das interligações dos segmentos terceirizados com os processos internos, ou seja, com a organização.

No estudo de caso realizado, observa-se uma mudança na distribuição de funções da organização, decorrente da extinção de alguns cargos do plano de carreira do Ministério da Educação, como o de lavadeira, faxineira e vigia e, a urgência de atendimento das funções realizadas por estes. Com o atendimento, de tais funções, terceirizado, delegaram-se novas atribuições aos gerentes e supervisores já existentes, passando-lhes as tarefas de controle e supervisão da terceirização, no que toca ao desempenho das funções contratadas, apoio e resolução de problemas operacionais, bem como treinamento e adaptação de recursos humanos para o desempenho destas.

Tal mudança não foi considerada significativa, no aspecto estrutural da organização por nenhum dos informantes chave entrevistados.

No que diz respeito às diferenças administrativas existentes entre as empresas hospitalares e suas parcerias terceirizadas, afere-se na literatura um conflito quando da convivência de empresa pública e privada.

Este conflito é atribuído à organização burocrática da empresa pública, em relação às políticas e planos de cargos e salários, principalmente à estabilidade e comprometimento dos colaboradores com as metas da mesma. Cabe ressaltar que, a dificuldade de manutenção de programas e projetos a longo prazo com a

rotatividade de chefias, nos diversos níveis hierárquicos nas mudanças de governo, compromete ainda mais a efetiva congregação dos colaboradores com a instituição.

Sabendo-se que as empresas terceirizadas, são de origem privada, com suas metas e níveis de desempenho, definidos e reforçados constantemente por seus dirigentes e gerentes, quando não desenhados formalmente em planejamento estratégico de médio ou longo prazo. Reforça a diferença causadora de conflito, a política salarial e, a possibilidade sempre presente de dispensa de serviços, já previstas na Consolidação das Leis Trabalhistas.

No HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, as características acima citadas estão presentes e, manifestam-se brandamente. Cabe salientar, e até enfatizar que na organização hospitalar estudada, tais diferenças causam uma interferência operacional específica, ou seja, de ordem técnica. Uma vez que, a empresa terceirizada não é especialista em prestação de serviços de saúde, e as bases de contratação definidas, não especificam habilitação técnica para atuação em organização hospitalar nos cargos e funções contratados, cria-se uma dificuldade de adaptação e treinamento de recursos humanos disponibilizados para o Hospital Universitário, dada a baixa escolaridade e alta rotatividade dos mesmos, decorrentes provavelmente da faixa salarial das categorias funcionais que ocupam.

Apesar das dificuldades de comprometimento do funcionalismo em organizações públicas, já citado, no Hospital Universitário observa-se uma ética profissional enraizada pelas funções de Instituição de Ensino, o que pressupõe “ser a referencia”. Este comportamento organizacional pôde ser aferido em todos os níveis hierárquicos, sendo evidenciado na atenção de enfermagem.

As dificuldades trazidas pela convivência com os recursos humanos da empresa terceirizada nas questões técnicas, supra citadas, tem influenciado negativamente o “comportamento” operacional, gerando risco de queda de qualidade na prestação de serviços de atendimento aos pacientes com a sobrecarga de tarefas do pessoal interno dada a incapacidade de atuação não monitorada incisivamente, dos recursos humanos terceirizados.

Estruturalmente, observa-se uma dualidade de opiniões, por um lado os gerentes almejam poder dispor do gerenciado com a “facilidade” permitida pelo regime CLT, de outro, enumeram o tempo e custo da estruturação e manutenção de

programas de treinamentos necessários para adaptar os terceirizados na organização, decorrente da alta rotatividade, enfaticamente citada pelos informantes chaves entrevistados.

A busca da melhoria da qualidade dos serviços traz a necessidade da investigação sistemática da relação entre as diversas culturas administrativas das instituições com serviços terceirizados, onde os conflitos (sua explicitação, seus determinantes e suas possíveis soluções) são parte integrante.

A realidade da crescente terceirização dos serviços traz consigo a necessidade de uma administração de recursos humanos que possibilite o espírito de cooperação entre as culturas organizacionais em foco, fator essencial para caracterizar o processo como inovador. Dentro desta perspectiva a existência de pressupostos organizacionais, que orientam para a inovação, tornam-se necessários. Tal fato concretiza-se pelas ações de estratégias inovadoras que preparam o grupo para operar mudanças com flexibilidade, sem perder o objetivo e qualidade dos serviços prestados.

É preciso respeitar as particularidades locais e regionais, no que se refere aos aspectos econômicos, ambientais e sócio - culturais, quando da elaboração de políticas setoriais de saúde, e consequentemente a utilização adequada de ferramentas de gestão organizacional.

Cabe anotar que no caso estudado, o direcionamento para terceirização se deu por necessidade premente de realização de tarefas , quando a organização não estava estruturada, financeira e culturalmente, para tal movimento. É preciso ressaltar que a empresa terceirizada, a exemplo do Hospital Universitário, também não estava estruturada para assumir as funções solicitadas, com o nível de exigência técnica necessário que é implícita à colaboradores da área da saúde.

É visível a lacuna, provocada pelo desconhecimento da ação administrativa – terceirização, no desenrolar do processo de implantação e operacionalização dos serviços contratados. No caso específico do Hospital Universitário, o estudo estratégico e operacional nos diversos setores da organização, poderia ter evitado alguns conflitos e transtornos causados. Sabe-se, no entanto que estes fatos foram involuntários, uma vez que não houve predisposição à terceirização.

A não previsibilidade de treinamentos técnicos, diferenciação de conduta na área da saúde, cronograma de realização de tarefas, entre outros, ocasionaram a formatação de um contrato base não diferenciado para a especificidade das tarefas executadas em organizações de saúde, ou seja dentro de Hospitais. O fator preponderante no entanto é, a convivência de pessoas com cultura de educadores referenciais da saúde, e alta capacitação técnica da organização, com colaboradores com formação insuficiente para compreender o conceito de saúde na sua integridade.

Havendo planejamento e efetiva realização de parcerias, é possível tornar a terceirização uma importante ferramenta de inovação das organizações hospitalares, onde é comum observar-se a ausência de planejamento administrativo com vistas à mudanças.

O movimento necessário para terceirizar com sucesso, um setor ou uma tarefa, exige da organização um estudo de sua estrutura física e cultural, seus recursos humanos e financeiros, bem como o redimensionamento hierárquico (no mínimo em relação a tarefas executadas). Estudo este que, se realizado com objetividade, fará a organização como um todo tomar posse de suas dimensões e possibilidades, trazendo a tona uma série de especulações quanto à maneira como são realizadas as tarefas e consequentemente inúmeras sugestões de melhorias com efetivo aumento da qualidade de serviços.

Espera-se, através deste trabalho, contribuir para que a Terceirização seja utilizada de forma a colaborar efetivamente com a inovação de organizações hospitalares, uma vez que na construção teórica deste houve a preocupação de enumerar e clarear os conceitos, vantagens e problemáticas envolvidas neste processo.

A literatura estudada mostra que um estudo minucioso sobre as peculiaridades de uma organização hospitalar e a construção de um projeto específico para as atividades de terceirização desta, resulte em propostas concretas e inovadoras para melhoria da qualidade dos serviços prestados, sejam eles das organizações hospitalares públicas ou privadas ou de empresas terceirizadas.

6. Referências Bibliográficas

ALBUQUERUQUE, Roberto Cavalcanti. **A Saúde Para Todos: um desafio para o Brasil no final do século**. Seminário de Brasília, 14 a 16 de jun, 1994.

ALVAREZ, Manuel S. B. **Terceirização:** Parceria e qualidade. Rio de Janeiro, Campus,1996.

ARGYRIS, Chris. **A integração do indivíduo à organização**. São Paulo: Atlas, 1969.

BERGER, Peter L.; LUCKMANM, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 2º edição – Petrópolis: Vozes, 1974.

BRUYNE, P; Herman; e Schoutheete. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BRUNO, Marcos A. C. e VASCONCELOS, Eduardo. Eficácia da AliançaTecnológica: estudos de caso no setor químico. **Revista de Administração**, V. 31, n.2, p. 73-84, abril/junho, 1996.

CASTELAR, Rosa Maria, MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. **Gestão Hospitalar:** um desafio para o hospital brasileiro. Rennes (França): Editions ENSP, 1995.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos. **Revista de Administração Pública**, v. 31 (3), p. 36-47, maio/jun., 1997.

CHILD, John. “Organizational Structure, Environment, and Performance : The Role of Strategic Choice”. *Sociology,* 6, N.º 1, 1 - 22, 1972.

CODO, W., SAMPAIO, J.J.C. **Sofrimento Psíquico nas organizações:** saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.

COMISSÃO de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde (OMS), Genebra, 18 a 23 de jun, 1956.

COSTA, Maurício H., MACIEL, Eliane P., ABREU, Ana M. L. A vantagem de ser parceiro**. Revista Exame**. Abril. p. A1-A8. 29 de abril de 1992.

DAVIS, Frank S. Terceirização e multifuncionalidade: idéias práticas para melhoria da produtividade e competitividade da empresa. São Paulo, STS, 1992.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, abr./jun. 1992.

ETZIONI, Amitai. "New Directions in the Study of Organizations and Society." *Social Research*, 27, n.º 2 (Summer) 223-8, 1960.

_____. **Organizações Modernas**. São Paulo: Editora Pioneira, 1976.

_____. **Análise Comparativa de Organizações Complexas**. Rio de Janeiro: Zahar; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1974.

FLEURY, Afonso e FLEURY, Maria Tereza L. **Aprendizagem e Inovação Organizacional**: as experiências de Japão, Coréia e Brasil. São Paulo: Atlas, 1995.

FONTANELLA, Denise, TAVARES, Eveline, LEIRIA, Jerônimo S. **O lado desumano da terceirização:** o impacto da terceirização nas empresas, nas pessoas e como administrá-lo. Salvador: Casa da Qualidade, 1994.

GAIANO, Luciano dos Santos. **Na Onda da Terceirização**. Folha de São Paulo, 30de jun. 1992.

GEORGOPOULOS, Basil S. e MANN, Floyd C. "Hospital Organization and

Administration: Prospect and Perspectives". *Hospital Administration*, verão de1964.

GIOSA, Lívio A. . **Terceirização: uma abordagem estratégica**. São Paulo: Pioneira, 1995.

GODOY, Cesar G. **Uma metodologia para a melhoria de processos**. Dissertação (mestrado) – UFSC, CT., 1995.

GRABOIS, V; SANDOVAL, Paulo; IWERSEN,Marcelo. **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**.Introdução. França, ENSP, 1995.

GRABOIS, V; SANDOVAL, Paulo. **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro.** Cap. III -Caminhos para uma nova política hospitalar. França, ENSP, 1995.

HALL, Richard H. . **Organizações: estrutura e processos**. Rio de Janeiro: Editora PRENTICE-HALL do Brasil Ltda, 1984.

HENDRY, John. O custo oculto da terceirização. **HSM Management**, São Paulo, ano 1,n. 2, p. 82-90, mai./jun.,1997

KANTER, Rosabeth Moss. **Quando os Gigantes Aprendem a Dançar**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KATZ, Daniel; KAHN, Robert L. e **. Psicologia Social da Organizações**. São Paulo: Atlas, 1978, 2 ed.

KISIL, Marcos. **Educação em administração de saúde na América Latina: a busca e um paradigma.** São Paulo: USP,Faculdade de Saúde Pública, 1994.

YIN, R. K. Case Research: desing and methods. New Bory Park, Califórnia: Sege

Publications, 1989.

LEIRIA, Jerônimo S. **Terceirização:** uma alternativa de flexibilidade empresarial. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzato, 1995.

_____; SOUTO, Carlos F.; SARATT, Newton D. **Terceirização passo a passo.** O caminho para a administração pública e privada**.** Porto Alegre: Sagra: DC Luzzato, 1995.

MACHLINE, Claude et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo. Pioneira, 1983.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital. Fui Bem Atendido!** - A vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994.

NADLER, David e TUSHMAN, Michael. Organizando-se para a Inovação.In STARKEY, Ken. **Como as Organizações Aprendem.** São Paulo: Futura, 1997.

OLIVEIRA, Marco Antônio G. **Cultura organizacional**. São Paulo: Nobel, 1988.

_____. **Terceirização: estrutura e processos em xeque nas empresas**. São Paulo: Nobel, 1994.

QUEIROZ, Carlos A . R. S. **Manual de terceirização:** onde podemos errar no desenvolvimento e na implantação dos projetos e quais são os caminhos do sucesso. São Paulo: STS, 1992.

QUEIROZ, Marcos S. e VIANA, Ana L. . Organização e o gerenciamento dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. **Revista de**

Administração Pública, V. 28 (2): 61-70, abril/jun. 1994.

QUINN, James Brian. **Empresas Muito Mais Inteligentes**. São Paulo: MAKRON Books, 1996.

RICHARDSON, Roberto J. et al. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo, Atlas, 1985.

ROEMER, Ruth. **Accion legislativa contra la epidemia mundial de tabagismo**. Genebra: OMS, 1995.

SABROSA & LEAL, et al. **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. São Paulo: Hicitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

SCHEIN, Edgar H. **Psicologia Organizacional**. Rio de Janeiro: Campus, 1982.

SELLTIZ, et al. **Método de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo, EPU, 1987.

TAPPAN, Frances Marie. **Administração Hospitalar**. São Paulo, EDART – Editora da Universidade de São Paulo, 1976.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASSALO, Cláudia. Revista Exame, São Paulo, n. 635, maio,1997

WEBER, Max. **The Theory of Social and Economic Organization**. Trans. A . M. Parsons and T. Parsons. New York: The Free Press, 1947.

ANEXO I

ENUNCIADO Nº 256

Contrato de prestação de serviços - legalidade

Salvo os casos de trabalho temporário e de serviços de vigilância, previstos nas Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, e 7.102, de 20 de junho de 1983, é ilegal a contratação de trabalhadores por empresa interposta, formando-se o vínculo empregatício diretamente com o tomador de serviços.

ENUNCIADO Nº 331

Contrato de prestação de serviços - legalidade - revisão do Enunciado nº 256

I - A contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, formando-se o vínculo diretamente com o tomador de serviços, salvo no caso de trabalho temporário (Lei nº 6019, de 31/01/74).

II - A contratação irregular de trabalhador através de empresa interposta não gera vínculo de emprego com os órgãos da Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional (Art. 37, II, da Constituição da República).

III - Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7102, de 20/06/83), de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade meio do tomador , desde que inexistente a pessoalidade e subordinação direta.

IV - O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica a responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços quanto àquelas obrigações, desde que este tenha participado da relação processual e conste também do título executivo judicial.

Obs.: A responsabilidade subsidiária difere da solidária. A primeira é complementar, se o devedor não pagar. A segunda é de principal pagador, cobra-se de um ou de outro, ou dos dois, tomador e prestador de serviço.

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Definição de Variáveis:

♦ Ações Administrativas:

Segundo a literatura podemos identificar as ações administrativas de ordem estrutural quando estas envolverem quatro fatores :

a) Tamanho - a necessidade de expansão para atender a demanda, ou a extensão do atendimento geográficamente;
b) Tecnologia - concentração da empresa hospitalar em sua atividade fim, especialização, modernização, acessibilidade;
c) Ambiente - distribuição interna de tarefas, departamentalização, busca de eficiência. RANSON, HININGS e GREENWOOD (1980) sugerem que as características ambientais são restrições às organizações, afetando-lhes a escala de operações e o modo de produção técnica. Eles se referem especificamente à infra - estrutura sócio - econômica em que se localizam as organizações;
d) Escolha estratégica - sobrevivência, viabilização, competitividade, entre outras.

♦ Terceirização

Para este trabalho será assumido o conceito de terceirização de Fontanella, Tavares e Leiria (1994): É uma tecnologia de administração que consiste na compra de bens e/ou serviços especializados, de forma sistêmica e intensiva, para serem integrados na condição de atividade - fim da empresa compradora, permitindo a concentração de energia em sua real vocação, com intuito de potencializar ganhos em qualidade e competitividade.

♦ Inovação

Para Nadler e Tushman (1997 - p.168), inovação:

> É a criação de qualquer produto, serviço ou processo que seja novo para uma unidade de negócios. Embora a inovação seja, de modo geral, associada a importantes avanços em produtos ou processos, a vasta maioria das inovações de sucesso é baseada no efeito cumulativo de mudanças incrementais de produtos ou processos ou na combinação criativa de técnicas, idéias ou métodos existentes.

Eles descrevem dois tipos de inovação: inovação de produto, ou mudanças no produto que uma empresa faz ou serviço que ela fornece; e inovação de processo, mudança na forma como o produto é feito ou como o serviço é fornecido. Dentro de cada uma dessas categorias, há, segundo os autores, três graus de inovação - incremental, sintética e descontínua.

> Inovar significa afastar-se de padrões estabelecidos. Assim sendo, a organização inovadora não pode depender de qualquer forma de padronização para coordenação. Deve evitar todos os enfeites da estrutura burocrática: divisões nítidas de trabalho, diferenciação extensiva das unidades, comportamento altamente formalizado ou ênfase nos sistemas de planejamento e controle. Acima de tudo, deve permanecer flexível... Inovação sofisticada requer configuração bem diferente, configuração esta capaz de mesclar especialistas de diferentes disciplinas em equipes ad hoc de funcionamento suave... Essas estruturas tornam-se as adhocracias originais de nossa sociedade.[11]

É possível concluir, então, que os fatores de inovação constituem-se de ações administrativas que acarretam ou decorrem de mudanças organizacionais.

Entrevista:

Questões em relação ao contexto do trabalho:

- cargo ocupado
- formação
- tempo de exercício do cargo
- tempo de atuação na empresa
- envolvimento no processo de terceirização

[11] H. Mintzberg, *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations* (New York: Free Press, 1989).

Análise documental dirigida

1- Que papel lhe cabe no sistema de saúde da comunidade? (Como escola, centro de saúde, referência clínica, especialidade, abrangência, cobertura)
2- Quais são as influências externas do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO? (políticos, legais, sociais, culturais, geográficos, vocacionais e demográficos e econômicos).
3- O que é autonomia universitária? (econômica, administrativa, política)
4- Qual a autonomia administrativa do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, frente as necessidades da comunidade que atende?
5- Quais as formas de terceirização contratadas, porque e a quanto tempo?
6- Quais critérios podem ser apontados como decisivos de escolha, análise e contratação da(s) terceirizada(s)?

Questões em relação ao conteúdo do trabalho

7- O que é terceirização?
8- Qual sua visão sobre terceirização?
9- O que é terceirização no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?
10- Quais ações administrativas podem ser apontadas como influenciadoras da terceirização no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?
11- Quais ações administrativas podem ser apontadas como influenciadoras na escolha da tarefa e/ou setor terceirizado? (econômicas, sociais, especialização, estruturais, tecnológicas) ver motivação p/ terceirizar.
12- Como ocorreu o processo de terceirização no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO(ou no setor) quanto à: decisão, gestão, execução, manutenção, expansão?
13- Quais ações administrativas facilitadoras adotadas na terceirização? Que ações poderiam otimizar o processo?
14- Que ações administrativas podem ser apontadas como mudanças organizacionais decorrentes da decisão de terceirizar? (houve extinção, criação, remanejamento de cargos, impactos, mudanças hierárquicas)
15- O que é inovação organizacional?
16- O que é inovação organizacional no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?

17- Quais ações administrativas, decorrentes da terceirização e/ou da parceria entre as duas empresas, podem ser consideradas como influenciadoras da inovação organizacional do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO?

18- Como descrever o HOSPITAL UNIVERSITÁRIO antes e depois das terceirizações. (aspectos econômicos, estruturais, gerenciais, RH, atendimento à comunidade, especialização, investimentos, autonomia).