

CADERNOS EBAP

Nº 21

Agosto 1983

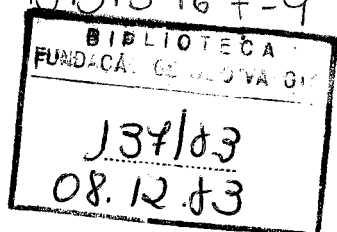
A CO-GESTÃO NO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER:

UMA ANÁLISE ADMINISTRATIVA

Paulo Roberto Motta

Paulo Roberto Motta é diretor da EBAP/FGV.

B15967-9



AC-14359

ID 23687

S U M Á R I O

I. A BASE REAL E CONCEITUAL DA CO-GESTÃO NO INCa

1. INTRODUÇÃO: Objetivos do Trabalho
2. O INCa ANTES DA CO-GESTÃO: Uma Perspectiva Administrativa
3. O CONCEITO DE CO-GESTÃO NO INCa
4. PREENCHIMENTO DA OCIOSIDADE OU EFICIÊNCIA?

II. O FORMATO ADMINISTRATIVO DA CO-GESTÃO NA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

1. FORMA DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL
2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE COMO PÚBLICA
3. ESCAPE PARA DESCENTRALIZAÇÃO

III. A CO-GESTÃO NUMA PERSPECTIVA DE AVALIAÇÃO

1. CO-GESTÃO: Um Esquema Estrutural Frágil
 - 1.1 A Integração por Artifício
 - 1.2 O Escapismo da CNCC
 - 1.3 Cultura Organizacional: A Lealdade Temporária Inevitável
2. A POTENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DO MODELO DO INCa
 - 2.1 Ampliação do Papel Institucional do INCa
 - 2.2 Extensão Organizacional da Co-Gestão
 - 2.3 Ampliação das Dimensões Participativas
3. A MUDANÇA PELA CONFIANÇA DE LONGO ALCANCE

I. A BASE REAL E CONCEITUAL DA CO-GESTÃO NO INCa

1. INTRODUÇÃO: Objetivos do Trabalho

O Instituto Nacional do Câncer - INCa, em função da sua reestruturação administrativa em forma de co-gestão passou por modificações substanciais não só na sua forma operacional mas também nos resultados substantivos alcançados. Até a implantação da co-gestão em 1980 o INCa, como órgão do Ministério da Saúde, operava em condições precárias com sérias dificuldades de sobrevivência e barreiras administrativas para cumprir os seus objetivos. Ociosidade, bem como dificuldades materiais e humanas constituíam a tônica de um hospital criado para a prestação de serviços médicos a uma população necessitada mas que pouco apoio recebia do próprio Ministério ao qual estava subordinado. Apenas, a dedicação de algumas pessoas que lá trabalhavam mantinham os serviços previamente funcionando na esperança de que a situação adversa pudesse ser modificada.

No entanto, o advento da co-gestão modificou rapidamente as condições operacionais do hospital. Índices de atendimento e prestação de serviços médicos melhoraram tão acentuadamente e em prazo tão curto de forma a chamar a atenção de qualquer observador atento à administração pública brasileira. Além do mais, a co-gestão no INCa obteve um reconhecimento interno e externo ao Ministério da Saúde, sendo citado em documentos oficiais, sugerindo que problemas administrativos importantes haviam sido resolvidos, o que causava maior eficácia na prestação de serviços médicos.

Na realidade, num sistema administrativo em que as inovações e progressos são normalmente constituídas de partidas tênues e incrementais do status-quo, melhoras acentuadas e rápidas aparecem como ocorrências raras que merecem um exame mais apurado.

O objetivo deste trabalho é analisar administrativamente o denominado sistema de co-gestão instituído no INCa. Pretende verificar-se até que ponto a co-gestão constitui uma inovação administra-

tiva causadora das alterações substantivas ocorridas na prestação de serviços pelo INCa. Por outro lado, pretende-se também analisar o grau de institucionalização da co-gestão e suas potencialidades de aplicação em outras áreas da administração da saúde no Brasil.

2. O INCa ANTES DA CO-GESTÃO: Uma Perspectiva Administrativa

O INCa, como uma unidade médica administrada diretamente pelo Ministério da Saúde possui uma história institucional, rica em ambições e interesses de desenvolvimento técnico profissional, na maioria das vezes, frustrada pela falta de apoio e meios para concretização de seus objetivos. Atuando num campo médico que exige altos investimentos prévios e acentuada especialização profissional, o INCa, encontraria dificuldades naturais de obtenção de recursos, não só por estar num país de recursos escassos como o Brasil, mas também por pertencer a um Ministério, tradicionalmente fraco do ponto de vista orçamentário. Além do mais, o INCa, pela sua própria natureza de entidade pública pioneira no seu campo de atuação desenvolveu objetivos múltiplos não só referente ao atendimento médico, mas também, na produção, adaptação e ensino de conhecimentos sobre o câncer.

Numa parte de sua história entre 1969 a 1971, o INCa, enfatizou formalmente a área de ensino médico, chegando mesmo a deixar o Ministério da Saúde e fazer parte da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, como um hospital universitário. O regresso do INCa ao Ministério da Saúde se deu em 1971 (Lei 5734 de 16.11.1971) embora a atividade de ensino sempre estivesse presente, como hoje, no INCa, mesmo durante todo o período de subordinação ao Ministério da Saúde.

No período antecedente a co-gestão o INCa funcionava praticamente como um hospital para indigentes, operando somente na parte da manhã, deixando ociosos grande parte de seus recursos materiais e humanos. Essa ociosidade significava que de um lado, grande massa de doentes necessitados deixavam de ser atendidos quando

a possibilidade real de utilização de serviços existia e dependia apenas de um acréscimo marginal de recursos para operar e capacidade instalada. Por outro lado, e mais importante ainda, era de que a acumulação de conhecimento e experiência, naturalmente produzida pelo desenvolvimento institucional, era frustrada na origem, já que faltavam recursos e possibilidades para satisfazer a motivação para realização profissional através de um trabalho de alto nível.

Do ponto de vista administrativo, a escassez de recursos, aliado a inação dos órgãos superiores do Ministério da Saúde, atraía para o INCa uma imagem institucional de ineficiência e ineficácia, gerando dificuldades gerenciais internas e externas que chegavam a perturbar a própria sobrevivência da entidade, ou sua capacidade de satisfazer os seus objetivos.

Na perspectiva administrativa essas dificuldades gerenciais podiam ser assim resumidas:

1. Numa ambiência de centralização administrativa excessiva e de escassez aguda de recursos, a solução de problemas básicos do INCa colocava-se claramente fora do alcance da própria direção do Instituto. Assim, numa entidade em que as decisões básicas dependiam de ações externas superiores e investimentos vultosos de médio prazo, a capacidade de decisão e ação do Instituto eram drasticamente reduzidas. Poucas alternativas existiam além de manter os serviços existentes e lutar para melhores condições futuras de funcionamento.

2. As condições precárias de trabalho causadas pela centralização e escassez criavam dificuldades gerenciais mais acentuadas como:

- 2.1 manter a aparência de racionalidade, competência e capacidade de prestação de serviços, quando existe a vulnerabilidade de falta de recursos para a manutenção do nível mínimo de operação.

2.2 incorporar novos conhecimentos e nova tecnologia, gerando internamente o sentido de perda constante de pioneirismo e liderança que o Instituto poderia manter.

2.3 atrair e manter novos recursos humanos na instituição.

2.4 recompensar a lealdade, competência, dedicação, daqueles profissionais que apesar de atuarem em situações adversas e precárias esforçavam-se para manter o nível profissional de suas tarefas no INCa.

A mudança administrativa num contexto como o descrito acima não constitui tarefa simples. Em primeiro lugar, na dimensão institucional, torna-se necessário rever os padrões gerenciais de operação, de uma direção voltada para a manutenção de rotinas e sobrevivência, para um estilo gerencial voltado para novos objetivos e resultados. A inovação não é fácil porque requer a mudança de uma visão rotineira do interno e familiar, para a incerteza e ambigüidade da conquista de novos horizontes e incorporação de novos conhecimentos. Além do mais, a administração como simples resposta a pressão rotineira do dia a dia, de acordo com os recursos disponíveis, não ameaça a estrutura de poder existente, nem a descoberta da incompetência. Assim, a administração pode sobreviver com a busca de recursos e conhecimentos através da estrutura de poder consolidado pela tradição. Sem a incorporação de novos recursos e tecnologia que ameacem o poder existente, a estrutura é mantida sem atenção clara a prioridade e necessidades reais da ambiência externa. Na fase anterior, o INCa encontrava-se numa posição institucional de reação diante da ambiência externa, ou seja, de incorporar apenas o crescimento e desenvolvimento naturalmente concedido por esta ambiência e, facilmente, adaptável à estrutura existente. Atualmente, existem sinais claros no INCa, de pro-ação perante a ambiência externa, ou seja, de capacidade decisória voltada para o crescimento e desenvolvimento, como instituição inovadora, capaz de alterar a própria ambiência na qual opera.

Em segundo lugar, na dimensão individual, a mudança também não é simples. A centralização, escassez e precariedade de operação ajudaram a gerar no meio profissional do INCa, pessimismo, frustração e mesmo algum incentivo para acomodação. Profissionais dedicados e altamente competentes começaram a aceitar de si próprios comportamentos de ineficiência como produto de sua frustração profissional e do imobilismo institucional. Hoje, existem sinais claros no INCa, de alta motivação, e auto-interesse no desenvolvimento pessoal, já que a Instituição tem adquirido possibilidades de conceder a seus membros condições razoáveis de realização profissional e satisfação na tarefa bem executada.

3. O CONCEITO DE CO-GESTÃO NO INCa

A co-gestão como conceito administrativo utilizada na administração do INCa nada tem a ver com a compreensão corrente do termo na área de administração que significa a participação dos trabalhadores ou funcionários na gerência da empresa ou instituição pública. A terminologia, utilizada no INCa, entretanto, não deixa de ter a sua propriedade já que ela traz à gerência do INCa, inclusive, em termos paritários, outra instituição ou seja, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Juridicamente a co-gestão no INCa nasceu com a Portaria Interministerial nº 9 de 26 de agosto de 1980. Por essa Portaria os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social resolveram cooperar equitativamente na administração do INCa, até então sob a responsabilidade exclusiva da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde.

A co-gestão, na realidade, subordina o INCa a um Conselho Técnico-Administrativo (CTA) constituído de seis membros, indicados em números iguais por cada um dos Ministérios.

O CTA é presidido por um de seus membros, escolhido por consenso entre seus pares. O CTA tem as seguintes atribuições legais: (1) aprovar a programação de atividades do INCa; (2) aprovar a proposta de orçamento operacional anual do INCa e acompanhar a sua e-xecução; (3) acompanhar e avaliar o desempenho das atividades do Instituto; e (4) aprovar propostas de reforma da estrutura do INCa.

Apenas, no sentido analógico, o CTA se assemelha à formação dos conselhos de co-gestão empresarial nos países onde realmente ela existe e funciona, como na Alemanha Federal e Holanda. A co-ges-tão se passa nos Conselhos de Administração ou Supervisão nas em-presas, trazendo uma participação paritária ou quase paritária en-tre o capital e o trabalho. A administração da empresa, inclusive e direção é mantida no sentido de profissionalização tradicional. Se a analogia pode ser feita, no INCa, o CTA constitui apenas um conselho de administração e supervisão mantendo-se a direção pro-fissional da instituição. Significou, inclusive, a união de uma pers-pectiva de trabalho existente no INCa com a possibilidade de utili-zação dos recursos da previdência social. Desta forma, mesmo signi-ficando uma participação paritária entre duas instituições, o uso da terminologia de co-gestão não é de todo inapropriada. Trata-se de uma co-gestão institucional que se passa a nível de poderes or-ganizacionais, anteriormente constituídos, embora não amplie no sentido vertical o poder formal de níveis hierárquicos inferiores. Mas, em se tratando de administração pública, a extensão de pode-res organizacionais, aos profissionais e funcionários da institui-ção deve ser examinada com um cuidado maior. A participação de "tra-balho" na gestão da empresa pode ser defendida com os argumentos de aumentar a influência do trabalho ou harmonização capital-trabalho. Na administração pública, porém, a dimensão pública exige uma res-posta as demandas e preferências comunitárias externas anterior e prioritário a qualquer participação de técnicos e funcionários in-ternos. Se não, a dimensão tecnocrática e valores internos prevale-ceriam sobre as preferências públicas externas. Assim, a co-gestão, quando existir em administração pública sempre deverá ser altamen-te subordinada aos órgãos superiores, que representem os interes-ses públicos externos.

Legalmente, a co-gestão preconiza igualdade na prestação de serviços bem como nos ônus decorrentes das atividades do INCa. Assim, não pode haver discriminação de clientela, nem na utilização das instalações, devendo o INCa atender a todos os pacientes, independente de situação de previdenciário ou não. Por outro lado, os Ministérios cooperantes se comprometiam a compartilhar recursos humanos, contribuir financeiramente em partes iguais para a manutenção do Instituto, e cooperar no desenvolvimento do ensino, pesquisa e cooperação técnica nacional e internacional. No entanto, as inovações principais trazidas pela co-gestão foram quanto a clientela e quanto aos recursos financeiros. A co-gestão trouxe ao INCa, formalmente, o beneficiário da previdência social, muito embora o INCa atendesse anteriormente, face a imagem externa de hospital de indigentes, os pacientes da previdência social. Não havia, como não há atualmente, discriminação no atendimento, apesar do aumento significativo dos previdenciários. Quanto aos recursos financeiros, a paridade, na manutenção forçou um aumento da contribuição tradicional do Ministério da Saúde com repercussões positivas no INCa.

O grande problema jurídico inicial da co-gestão foi de como estabelecer uma gerência comum entre um órgão da administração direta - INCa - e uma unidade autárquica do Ministério da Previdência e Assistência Social, o INAMPS. O INCa, como órgão do Ministério da Saúde, possuía todas as limitações inerentes a sua natureza jurídica, com as inflexibilidades normais na administração dos meios. Este problema foi resolvido com a interferência na co-gestão da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC).

A CNCC, criada em 1967 e subordinada ao Ministério da Saúde, com objetivo de intensificar e coordenar em todo território nacional as atividades de prevenção e tratamento do câncer, possuía maior autonomia administrativa. O Decreto 61.968, de 22 de dezembro de 1967, que instituiu o CNCC, concedia ao Superintendente da Campanha poderes de contratação de pessoal e maior flexibilidade na administração de material e na administração financeira. Foi através da CNCC que os recursos humanos, tais como: médicos especialistas e pessoal técnico e auxiliar, foram contratados para o INCa. A

Campanha possibilitou, inclusive, a realização de convênios do INCa, como o Programa Integrado de Medicina Nuclear, com o Hospital dos Servidores do Estado, mencionado mais adiante.

Em suma, a co-gestão significou um artifício jurídico para satisfazer necessidades e preencher lacunas entre as instituições cooperantes. De um lado, o Ministério da Saúde pode se beneficiar dos recursos do INAMPS, antes direcionados às entidades privadas - Mesmo quando o INCa atendia beneficiários da previdência não recebia qualquer remuneração pela prestação dos serviços - De outro, o INAMPS, pode usufruir de um hospital especializado no tratamento do câncer, sem similar na rede privada. A cooperação resultou em benefícios comuns e garantiu a recuperação e progresso de uma instituição pública, remunerada como recursos públicos, e cujo relativo abandono significava prejuízo para o próprio interesse público.

4. PREENCHIMENTO DA OCIOSIDADE OU EFICIÊNCIA?

A implantação da co-gestão ocorreu numa época em que o INCa encontrava-se numa fase de relativo abandono e com grande ociosidade. Hospital de poucos recursos financeiros, funcionava praticamente em um único turno, com recursos técnicos precários e, mesmo assim, ociosos. A co-gestão significou para o INCa uma grande mobilização de recursos financeiros, materiais e humanos aliado a absorção de novas tecnologias, cujos efeitos sobre a administração do hospital foram imediatos. Praticamente, em todas as comparações que se pode realizar nos serviços médicos do INCa, antes e depois da co-gestão, os resultados mostram uma variação positiva. A ociosidade anterior do hospital é um grande parte responsável pelo aumento positivo dos índices quantitativos. No entanto, como se verá a seguir, vários índices de eficiência, além do mero preenchimento da ociosidade, pode ser verificado.

Levando-se em consideração os dados divulgados pelo próprio INCa, pode-se ter uma idéia do crescimento verificado no Instituto

nos períodos imediatamente anterior e posterior a implantação da co-gestão.

Por exemplo, a Tabela I retrata o crescimento verificado na ocupação dos leitos incluindo-se o tempo médio de permanência. Ao mesmo tempo em que se obteve uma maior ocupação dos leitos verificou-se uma redução sensível na taxa média de permanência. Enquanto o número de leitos ocupados cresceu de 37,1%, no período 1979 a 1981, o tempo médio de permanência decrescia 40,7%, no mesmo período, o que demonstra o aumento de eficiência do hospital, além do próprio preenchimento da ociosidade anteriormente verificada. Além disso, os dados já existentes, relativos ao primeiro semestre de 1982, revela a manutenção de uma taxa de ocupação ao redor de 80%, reduzindo-se, ainda mais, o tempo médio de permanência que, nesse último período, foi de 10,6 dias.

TABELA I

LEITOS OCUPADOS, TAXA DE OCUPAÇÃOE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR ANO

E S P E C I F I C A Ç Ã O	A N O S		
	1979	1980	1981
LEITOS-DIA OCUPADOS	143	154	196
TAXA DE OCUPAÇÃO	70,8%	76,0%	80,6%
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (em dias)	19,9	18,7	11,8

FONTE : INCa.

No que se refere as atividades ambulatoriais ocorreu um aumento significativo nas consultas externas, com um incremento de 48,4% somente no primeiro ano da co-gestão como demonstra a Tabela II. A mesma percentagem de crescimento foi mantida no ano seguinte. Foi significativo também o desenvolvimento experimentado nas intervenções cirúrgicas que cresceram em 103,3% nos dois anos seguintes à co-gestão, sendo que, 41,3% foi o incremento percentual no primeiro ano. As internações cresceram 24,6% no primeiro ano, observando-se um aumento cumulativo de 33,6% no período 1979/1981. A evolução desses indicadores, nos últimos 3 anos, está retratada na Tabela II.

TABELA II

CONSULTAS EXTERNAS, INTERNAÇÕES E
INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS
NO INCa NO PERÍODO 1979/1981

ATIVIDADES	A N O S			VARIAÇÃO PERCENTUAL(%)	
	1979	1980	1981	1980/81	1979/81
CONSULTAS EXTERNAS	3.872	5.106	7.576	+ 48,4	+ 95,7
INTERNAÇÕES	220	236	294	+ 24,6	+ 33,6
INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS	212	305	431	+ 41,3	+103,3

FONTE: INCa.

Os dados relativos ao primeiro semestre de 1982, já disponíveis, revelam também o crescimento acentuado nas consultas externas, internações e cirurgias, em comparação com o mesmo período

do ano anterior. Assim, os incrementos nas consultas ambulatoriais foram da ordem de 22,5%, nas internações, de 44,5 e nos atos cirúrgicos se situaram em torno de 64,3%. É de se notar também, o crescente número de atendimentos dos beneficiários da previdência social que, nas consultas, alcançaram 88% da população atendida e, já compõem, em 1982, 90% dos pacientes submetidos a cirurgias dentro do INCa.

Vale ressaltar, ainda, que a percepção interna notada no INCa é a que os resultados quantitativos verificados nessa área, além de representarem soluções da ociosidade então existente, evidenciaram alguma melhora qualitativa. No atendimento externo e no tratamento dos internos uma maior atenção ao paciente pode ser notada, inclusive, na própria ampliação quantitativa e do papel exercido pelos profissionais da área paramédica. A expressão de maior "humanização" na atenção ao paciente é explicada não só por esse fator, mas, também pela capacidade real dos médicos desempenharem suas funções em nível de melhor qualidade, por conta de mais e melhores recursos existentes. A motivação para o trabalho bem feito e seu prosseguimento no mesmo nível de qualidade é altamente dependente das próprias condições técnicas que a organização hospitalar oferece ao médico para a sua realização profissional. No INCa, a melhoria de condições técnicas, possivelmente, tenha trazido novo impulso motivacional aos médicos.

Por outro lado, no atendimento médico de doenças crônicas-degenerativas, como o câncer, é freqüente a ocorrência de casos de pacientes cuja doença chega ao estágio de inexistência de possibilidades terapêuticas. Esses casos exigem uma atenção da organização hospitalar que ultrapassa os limites técnicos da medicina, alcançando o campo da assistência moral, social e psicológica, para fornecer o conforto necessário nos últimos dias do paciente. Nesse sentido, o aumento do atendimento de pacientes no INCa, gera não só pressão de recursos médicos, mas, também maior capacidade organizacional através de serviços paramédicos de assistência social. A percepção notada nos diversos serviços paramédicos é de que o INCa tem progressivamente ampliado o papel desses profissionais. A con-

tinuidade desse direcionamento será cada vez maior na medida que as preocupações com a qualidade dos serviços seja mantida e aumentada.

Os procedimentos de radioterapia e hemoterapia tiveram após a implantação do sistema de co-gestão no INCa, um desenvolvimento dos mais expressivos. Essas atividades passaram por um desenvolvimento técnico acentuado sendo inteiramente reorganizados com novos recursos humanos, equipamentos e procedimentos administrativos, além da ampliação do tempo de trabalho. Anteriormente, constituíam áreas bastante ociosas, com poucos recursos e trabalhando em tempo parcial. Na nova fase, passaram a funcionar em turno completo, de 24 horas por dia. Os índices de desenvolvimento alcançados são bastante significativos conforme revela a Tabela III. Os procedimentos de radioterapia aumentaram, no primeiro ano da co-gestão, em 46,0%. A hemoterapia obteve aumento dos mais elevados, ou seja, da ordem de 173,9%, no período inicial de 1980/1981. Os dados para o primeiro semestre de 1982 demonstram a contínua ampliação das atividades da hemoterapia, com instalação de novos laboratórios. Na radioterapia, a comparação dos primeiros semestres de 1981 e 1982 demonstram também a continuidade do crescimento, em 58,9%, acima dos níveis de 1981.

TABELA III

PROCEDIMENTOS DE RADIOTERAPIA E
HEMOTERAPIA REALIZADOS NO INCa
NO PERÍODO 1979/1981

ATIVIDADES	A N O S			VARIAÇÃO PERCENTUAL (%)	
	1979	1980	1981	1980/81	1979/81
RADIOTERAPIA	2.356	2.855	4.167	46,0	76,9
HEMOTERAPIA	274	310	849	173,9	209,9

FONTE: INCa.

Outros indicadores importantes para se notar o desenvolvimento do INCa, no período recente da co-gestão, referem-se aos exames complementares e exames anato-patológicos. Conforme indica do na Tabela IV os exames complementares, como os de Medicina Nuclear e de Patologia Clínica, tiveram aumento dos mais significativos.

No primeiro ano da co-gestão, cresceram respectivamente, 268,9% e 92,6%. Na mesma direção acentuaram-se os atendimentos de exames radiológicos e de patologia clínica. Os dados referentes ao primeiro semestre de 1982, se comparados com igual período de 1981, demonstrou um crescimento constante: sendo de 42,1%, na Radiologia, 10,8%, na Patologia Clínica e de 12,6%, na Anatomia Patológica. Tor na-se importante mencionar que a área de Medicina Nuclear foi desenvolvida através do Programa Integrado de Medicina Nuclear (PIMN) em convênio com o Hospital dos Servidores do Estado, compartilhando recursos técnicos já existentes.

TABELA IV

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOSNO INCa 1979/1981

E X A M E S	A N O S			VARIACÃO PERCENTUAL(%)	
	1979	1980	1981	1980/81	1979/81
MEDICINA NUCLEAR	208	135	498	268,9	134,4
RADIOLOGIA	-	1.002	1.591	58,8	-
PATOLOGIA CLÍNICA	4.345	5.912	11.386	92,6	162,0
ANATOMIA PATOLÓGICA	1.010	948	1.214	28,1	20,2

FONTE: INCa.

Vale ressaltar também, que o sistema de co-gestão implantado no INCa possibilitou uma ampliação sensível da área de produção e divulgação de conhecimentos sobre o câncer. Não somente na área de cursos, como na de pesquisas os aumentos verificados foram consideráveis. O projeto de publicar a Revista Brasileira de Cancerologia e a divulgação de estudos monográficos demonstram o caráter e a potencialidade institucional do INCa em contribuir para a melhoria dos serviços médicos relacionados com o câncer. As pesquisas e os cursos levam o conhecimento e experiência do INCa além de suas fronteiras organizacionais contribuindo para que outros usufruam do trabalho lá realizado. A preocupação científica, acentuada no último ano, deixa implícito a capacidade de liderança que o INCa pode desenvolver em âmbito nacional.

A repercussão na administração interna do hospital constitui outra contribuição adicional da co-gestão. Nesse sentido, é importante mencionar as preocupações qualitativas trazidas pelas comissões permanentes de: Auditoria Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Análise de Óbitos e de Ética Médica. O sistema de custos implantados no INCa constitui outra importante forma de controle da eficiência dos serviços médicos.

Embora mencionado anteriormente, o aumento quantitativo dos serviços do INCa, pode ser explicado em grande parte pela própria ociosidade anterior e o advento de novos recursos. Preencher a ociosidade por si só, não constitui a preocupação única, apesar da avaliação qualitativa ser difícil, altamente dependente de julgamentos técnicos de médicos, e mesmo assim, controversa.

Na medicina, como nas outras áreas sociais os indicadores qualitativos são praticamente inexistentes ou, quando desenvolvidos, são frágeis e altamente controversos. Avaliar qualitativamente o INCa é impossível apesar de necessário. Toda a percepção notada internamente e externamente é que houve alguma melhora qualitativa. Essa informação, por si só, é altamente positiva porque se trata de uma avaliação de uma instituição em que se verificou significativo progresso quantitativo. O ~~quantitativismo~~ usado atualmente no a

tendimento médico hospitalar da previdência social tem sido constantemente alvo de críticas. A massificação da medicina na área da previdência social tem sido mencionado como causa de atendimento inadequado. Todos os critérios médicos, inclusive a relação médico-paciente, tem sido expressa em números rígidos não só para formulação de política de atendimento médico, mas também para sua avaliação.

A ameaça, que a primeira vista pode ser levantada, de que o progresso quantitativo do INCa tenha levado a massificação do tipo conhecido da previdência social, não se verificou no INCa. Conforme analisado anteriormente, a qualidade do atendimento pode inclusive ter sido melhorada porque o aumento de clientela foi constantemente acompanhado por crescimento da capacidade técnica instalada e dos recursos humanos. Todavia, não é de se estranhar que em um Instituto, acostumado em fase anterior à ociosidade e acomodação, uma preocupação quantitativa possa ter ocorrido. Preencher a ociosidade já teria sido uma grande contribuição social de um hospital financiado por dinheiro público.

O objetivo de toda a avaliação social é qualitativa. A quantificação constitui apenas um instrumento importante quando possível. Mas, a qualificação deve sempre existir, em termos dos serviços prestados e da relevância social. Nada existe, nos dados e percepções técnicas sobre o INCa que o aumento quantitativo verificado tenha contribuído para penalidades dos serviços ou relevância social da instituição. Pelo contrário, como se depreende pelo exposto, a percepção externa e interna é positiva. No entanto, como o julgamento qualitativo na técnica e na relevância social do serviço médico, é ainda controverso, em termos de medida, pode-se dizer que o próprio aumento quantitativo gere pressões de melhoria da qualidade do serviço. Preenchida a ociosidade, melhorada a capacidade técnica instalada, as pressões qualitativas serão maiores. Se a premissa for verdadeira, esta será outra contribuição ao progresso do INCa trazido pela co-gestão.

II. O FORMATO ADMINISTRATIVO DA CO-GESTÃO NA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

1. FORMA DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL

A formulação e coordenação de uma política nacional de saúde, responsabilidade formal do Ministério da Saúde, encontra-se, no Brasil, altamente fragmentada, por imposição burocrática divisionista bem como fatores sociais e econômicos que afetam diretamente o setor. Nesse contexto divisionista, é o próprio Ministério da Saúde que perde o seu papel primordial de organismo central do setor de saúde, recebendo parcelas de poder e orçamento, nitidamente minoritários.

Do ponto de vista burocrático, a separação técnica, tênue e frágil, entre áreas de saúde, preventiva e curativa, gera problemas administrativos de distanciamento com dificuldades de integração e complementação entre as áreas. A área curativa, sendo mais favorecida, ajudou a criar no INAMPS, principal órgão da área, uma estrutura burocrática, complexa, poderosa e detentora de recursos vultosos. Além das razões legais que favoreceram o crescimento do INAMPS de forma isolada, a própria evolução burocrática, produto normal de crescimento das grandes organizações, conduz naturalmente a complexidade interna. Desenvolve-se, assim, um sistema de valores próprios, valorizando excessivamente a experiência, conhecimento e tradições internas nas ações da organização. Assim, o INAMPS, por seu lado, na programação de suas ações, desenvolveu um sistema de atendimento médico-hospitalar pouco integrado à área de saúde preventiva a cargo do Ministério da Saúde. Mesmo assim, a perspectiva econômico-financeira da área curativa não é percebida ou considerada na divisão burocrática, já que maiores investimentos nas ações preventivas, liberaria pressões de demanda e recursos nos níveis posteriores de atendimento médico-hospitalar.

Do ponto de vista social e econômico, seria vantajoso também os investimentos na área de saúde preventiva, senão para manter produtiva a força de trabalho brasileiro. Essa perspectiva uni

lateral da política de saúde no Brasil justifica, na prática, somente a existência do INAMPS, cujos recursos vultosos se direcionam à faixa da população que trabalha.

O INCa como órgão do Ministério da Saúde encontrava-se do lado mais fraco. Antes da co-gestão sofria pela própria natureza dos seus objetivos - tratamento de doença crônico-degenerativa, as conseqüências administrativas da fragilidade da distinção técnica, a nível nacional, de saúde preventiva e curativa. O combate e tratamento do câncer exigem investimentos vultosos em conhecimentos e tecnologia, onde saúde preventiva e curativa são altamente complementares.

Além do mais, as dificuldades anteriormente impostos ao INCa provinham da própria natureza social e econômica do sistema de saúde brasileiro. O INCa antes da co-gestão era, em grande parte, por imagem e clientela, um hospital de indigentes. Embora aparentemente se possa argumentar que o sistema público de saúde no Brasil favoreça a assistência médico-hospitalar ou a medicina curativa, isto não é verdade. O sistema favorece os aptos a trabalhar e que podem contribuir economicamente, já que deixa formalmente sem assistência médico-hospitalar, parcela significativa da população brasileira. Assim, pode se explicar porque o INCa, trabalhando na assistência médico-hospitalar, não recebia recursos necessários ao seu funcionamento. A co-gestão trocando a clientela básica do hospital de indigentes para previdência facilitou a chegada dos recursos necessários ao desenvolvimento das atividades do INCa.

A co-gestão do INCa pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social significa a instituição de um mecanismo integrador, face as dificuldades existentes no próprio sistema nacional de saúde. Trata-se de um esforço de integração e complementação, a nível de um Instituto descentralizado, de uma separação e desintegração existente na macro estrutura da administração da saúde no Brasil.

A co-gestão, no INCa, procura harmonizar um conflito e uma separação inerentes ao divisionismo burocrático existente no

setor nacional de saúde. Assim, a co-gestão é um artifício para solucionar conjuntamente, problemas comuns de ambos os Ministérios que a burocracia artificialmente repartia.

2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE COMO PÚBLICA

A co-gestão implantada no INCa, na realidade, reflete o credenciamento de um hospital público do Ministério da Saúde pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, embora com dimensões administrativas diferentes. Além da participação na administração do INCa, o MPAS, através do INAMPS, contribui com quota fixa, ao invés do pagamento por Unidades de Serviços, prática usada no credenciamento pelo INAMPS de instituições privadas.

O credenciamento de instituições privadas e médicos pelo INAMPS tem sido alvo de debates sucessivos sobre a sua viabilidade e propriedade. O sistema de credenciamento privado e remuneração por Unidades de Serviço gera dilemas sérios quando é analisado do ponto de vista da administração pública da saúde. A privatização da decisão e implementação da assistência médico-hospitalar se faz com recursos públicos e pouco controle e opção do público-cliente. Não se argumenta aqui qualquer oposição à medicina privada que pode existir nos seus limites privados de livre escolha entre ambas as partes interessadas. Mas o sistema brasileiro de administração pública da saúde favorece implicitamente interesses privados na decisão e ação sobre a assistência médico-hospitalar. A esse respeito pode se levantar as seguintes questões:

1. Num país em desenvolvimento, de condições sócio-econômicas precárias, e com grande maioria da população com níveis de renda e educacional baixos, não se pode esperar índices elevados de saúde. As condições sociais são propícias para facilitar a doença. Numa ambiência como essa, um sistema de assistência médica, financiado com dinheiro público, e baseado na inicia

tiva e decisão privada, encontra um mercado amplo, quase ilimitado, para exploração econômica. Mesmo levando-se em conta, o elevado orçamento do INAMPS, que já ultrapassa em volume o orçamento nacional da maioria dos países subdesenvolvidos, os gastos em saúde no Brasil, representa uma parcela pequena do que o "mercado" brasileiro ainda oferece à iniciativa privada. O mercado tem o seu crescimento garantido, não só em função do crescimento vegetativo da população, mas principalmente porque segmentos expressivos do universo atual ainda não estão incorporados ao sistema.

2. A manutenção de hospitais e postos de saúde públicos inoperantes ou altamente ociosos em favor da utilização do hospital privado, por credenciamento, significa colocar a prioridade do dinheiro público no interesse privado, antes do interesse público. Se existem hospitais e postos de saúde construídos e mantidos com o dinheiro público, a justificativa social e econômica do investimento público é a satisfação da demanda de serviços, prioritariamente pela rede pública.
3. Médicos e hospitais privados fazem investimentos em instalações e equipamentos que geram benefícios privados, com o dinheiro público, já que podem decidir, por iniciativa própria, o volume e a natureza da utilização das instalações e equipamentos. O sistema implantado no Brasil, de credenciamento privado, induz à sobrevivência de hospitais, através da perspectiva unilateral da visão empresarial. A ligação hospital ou médico credenciado-cliente se faz administrativa-mente através da visão financeira de sobrevivência empresarial. Os serviços de saúde, ao contrário da maioria de outros serviços e produtos, não podem ser administrados, visando a sua remuneração, exclusivamen-

te, pela satisfação direta da clientela. Recursos humanos, materiais e equipamentos sofisticados têm que estar à disposição dos clientes de forma contínua e ininterrupta. A remuneração não pode provir exclusivamente do momento da ação. Senão, as empresas hospitalares terão que compensar, por ações desnecessárias, o fato custoso de ter estado a disposição durante muito tempo. A remuneração dos investimentos em equipamentos poderá vir também da mesma forma pela sua utilização acentuada, mesmo quando inóqua ou marginal para alcance do objetivo médico desejado. Os participantes do sistema, pacientes, médicos, pessoal auxiliar, dirigentes públicos e privados, tornam-se todos vítimas e um tanto cúmplices de um sistema que, na sua macro-estrutura, perde de vista o interesse público. Médicos e hospitais privados, credenciados para atender ao interesse público, e, sendo publicamente remunerados, sentem muitas pressões, incentivos e facilidades para agir empresarialmente, por ações desnecessárias.

4. A iniciativa privado do cliente para livre escolha do médico, uma das justificativas para o credenciamento privado, na prática, resulta altamente limitado pelas próprias condições sócio-econômicas da maioria dos clientes e limitações do próprio sistema. Liberdade de escolha existe para quem não precisa usar o sistema de credenciamento. O cliente do sistema previdenciário, tem poucas opções: na maioria das vezes não tem alternativa senão dirigir-se ao médico mais próximo ou que exista, enfrentando filas, que refletem a falta de opção. No atual sistema, possivelmente, a liberdade deverá estar menos do lado do paciente do que do médico credenciado atendente. O cliente não pode escolher o médico e se servir dele, mas sim o hospital ou médico credenciado é que pode se servir do cliente. Certamente, se pode argumentar que

os pacientes da previdência estejam menos satisfeitos com o sistema, do que os hospitais e médicos beneficiários do credenciamento. A referência feita aqui é relativa a motivação econômica envolvida no sistema de assistência médico-hospitalar por credenciamento e remuneração por Unidade de Serviço. No entanto, a liberdade de julgamento por critérios médicos pode se chocar também com as limitações burocráticas.

A prática da medicina constitui-se numa arte apesar de i números parâmetros científicos concretos. O médico, na sua ação técnica, analisa, cria e interfere segundo critérios interpretativos próprios, e, muitas vezes, ambíguos e controversos, em função da própria variedade e possibilidades de ver um fenômeno. A variedade de julgamentos médicos e imensas possibilidades de intervenção encontram rígidas limitações nos escassos recursos financeiros e materiais, fruto do próprio atraso social e econômico do país. Nesse sentido, um sistema nacional de saúde, também não pode ser baseado em critérios médicos, mas condicionado pelos valores e preferências na distribuição dos recursos públicos. Assim, deve-se buscar a satisfação dos clientes dentro dos parâmetros gerais definidos pela comunidade. Essa satisfação pode independe do sistema de propriedade, público ou privado. Um hospital público, também pode se ternar um hospital privado de políticos e tecnocratas, se o seu atendimento beneficia grupos de clientes. A dimensão pública, na administração de saúde, começa na formulação das políticas nacional, setorial e organizacio-
nal segundo os parâmetros do interesse público.

O regime de co-gestão instituído no INCa reverte a tendência de privatização de decisão e ação na área médica com o dinheiro público. A co-gestão preencheu a ociosidade de um hospital público, quando existia recursos para o seu funcionamento, e o setor público possuía capacidade instalada para atender parte da demanda. Por outro lado, a co-gestão reverteu a tendência gerencial pa-
ra a acomodação e pessimismo causado pela escassez aguda; os recursos necessários e legítimos puderam chegar naturalmente, mudando a

perspectiva gerencial. A co-gestão, no INCa, demonstra ainda que, recursos humanos materiais e financeiros dispersos e mal direcionados podem ser mobilizados e concentrados em prioridades da administração pública da saúde. O regime de co-gestão no INCa significa, portanto, a administração pública da saúde, como prioritariamente pública.

3. ESCAPE PARA DESCENTRALIZAÇÃO

Inserida no contexto da administração pública brasileira, não seria de se esperar que a política e administração pública da saúde não possuisse as mesmas características administrativas do sistema do qual faz parte. Assim, a administração pública da saúde no Brasil é altamente centralizada, com decisões tomadas longe do local da ação, e com os dirigentes hospitalares, por exemplo, com poucas alternativas de decisão sobre meios. Planejamento, orçamentação e controles administrativos excessivamente centralizados não só geram inadequações do local da ação como também alienam os dirigentes dos órgãos descentralizados, do processo decisório administrativo. A qualidade e satisfação do sistema de planejamento não impede que os planos elaborados sejam incompatíveis com a capacidade de implementação dos órgãos encarregados da ação. Planejamento e implementação fazem parte do mesmo processo decisório e não podem estar dissociados. A macro-estrutura da administração pública brasileira separa, excessivamente, planejamento de implementação, como administração dos fins, do controle dos meios. Resta como restava à direção do INCa, antes do regime da co-gestão, pouca capacidade e alternativas de decisão. A centralização uniformiza, ordena e cria obrigações que podem dificultar as instituições descentralizadas em adaptar-se às condições locais. A decisão e controles centralizados tendem a ser genéricos, não atentando para pluralidades institucionais, muitas vezes concedendo o desnecessário e obstaculizando o acesso aos insumos necessários ao alcance dos objetivos.

A co-gestão do INCa, embora não alterando substancial

mente as características estruturais da administração brasileira, resultou em maior capacidade de decisão local, por causa da utilização eficaz de "escapismos burocráticos", como a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. A autonomia e flexibilidade administrativa existente na CNCC, permitiu a decisão, dentro do próprio INCa, sobre áreas como administração de pessoal, antes dependente de órgãos superiores e externos ao Ministério da Saúde. Na verdade, o regime de co-gestão não mudou a legislação, mas serviu-se de um escapismo útil, como a Campanha, sem o que a própria co-gestão estaria, desde o seu início, comprometida com o fracasso. A liberação de parte da iniciativa para decisão, ao nível do INCa, juntamente com a mobilização de recursos externos, é que permitiu ao INCa concretizar os seus objetivos.

A oportunidade de exploração de novos serviços e de inovação tecnológica, como o demonstrado, por exemplo, nos serviços de radiologia e hemoterapia do INCa, só foi possível quando a decisão sobre mudança e expansão se localizou mais próximo do local da ação. Se o sistema administrativo restringe, por excassez aguda ou centralização, a ação dos dirigentes, estes terão as suas percepções e prioridades limitadas pelos padrões burocráticos existentes, limitando-se ao campo de atividades já desempenhadas pela instituição. Reduzem-se, assim, as oportunidades de exploração de novos serviços.

Por outro lado, numa instituição que utiliza conhecimento e tecnologia avançados, a inovação é produto da capacidade de resposta gerencial ao aperfeiçoamento tecnológico e demandas que se fazem sobre a organização. A mudança se passa num ambiente acentuatamente ambíguo, de resistências, riscos e incertezas sobre a implantação de novas técnicas, padrões e métodos. A ruptura com o passado é árdua e exige grande capacidade de decisão local para adaptação rápida. Num contexto de centralização acentuada, a resistência à mudança e as pressões para manutenção do status-quo adquirem mais força pela própria dificuldade de decisão e adaptação local às inovações. A demora do ir e vir no processo decisório reforça o padrão comum de operação, reforçando o existente. Nas inova

ções ocorridas no INCa, embora não tenha sido conduzida através de mudanças estruturais nos órgãos ministeriais, a presença localizada e descentralizada do CNCC, dentro do INCa, simplificou intensamente o processo decisório tradicional. Ademais, as mudanças no INCa pelo seu volume e rapidez, marginalizavam rapidamente qualquer tipo de resistência com base na preservação das condições do passado.

A ampliação da capacidade de decisão e ação descentralizada, demonstra como que um mínimo de descentralização pode proporcionar resultados positivos, numa administração pública tradicionalmente emperrada no centralismo.

A flexibilidade concedida pelo CNCC na utilização dos meios, reflete um tipo de autonomia de ação que poderia facilmente ser estendida a outras entidades públicas prestadoras de serviços de saúde como o INCa.

III. A CO-GESTÃO NUMA PERSPECTIVA DE AVALIAÇÃO

1. UM ESQUEMA ESTRUTURAL FRÁGIL

Conforme mostrado no decorrer deste trabalho o regime de co-gestão implantado no INCa, a partir de 1980, resultou em benefícios significativos no que se refere ao alcance de objetivos. No entanto, como sistema administrativo, trata-se ainda, de um esquema frágil, pois é fundamentado em artifícios e escapismos para fugir das estruturas e regras implantadas no país para a administração pública da saúde. A fragilidade do sistema de co-gestão no INCa pode ser visualizado em três dimensões: (1) o artificialismo da busca de recursos do INAMPS; (2) a flexibilidade administrativa conquistada no "escapismo" da Campanha Nacional de Combate ao Câncer; e (3) a inevitabilidade da lealdade institucional temporária a co-gestão.

1.1 A Integração por Artifício

A utilização pelo INCa, órgão do Ministério da Saúde, de verbas do Ministério da Previdência e Assistência Social consiste num artifício para solucionar a nível descentralizado problemas de má distribuição de recursos embutidos no sistema nacional de saúde.

O desenvolvimento de uma base lógica para distribuição e concentração de recursos, num sistema de saúde como o brasileiro, encontra obstáculos na pluralidade de instituições públicas que competem entre si entre os diversos níveis de governo, e, entre as próprias unidades do sistema hospitalar federal.

De um lado, o favorecimento do INAMPS por razões burocráticas e sócio-econômicas, já mencionados, dificultava o acesso do INCa aos recursos financeiros necessários ao seu funcionamento. Por outro, a ausência de um sistema que reparta competências a nível nacional torna a busca de recursos uma grande luta pela sobrevivência, independente dos objetivos a serem alcançados. O recebimento de verbas dependem menos dos objetivos que se propõe do que do acesso que dirigentes dos órgãos descentralizados possuem às repartições encarregadas de distribuir o dinheiro. O INCa, com a imagem de unidade médica hospitalar, aparecia como figura estranha num Ministério da Saúde que histórica e formalmente concentrava as suas ações em atividades de medicina preventiva e não em assistência hospitalar. Desta forma, o acesso do INCa aos recursos do INAMPS seria natural e facilmente justificável tendo em vista o papel prioritário que o Ministério da Previdência desempenha na assistência médico hospitalar do país. O acesso do INCa ao INAMPS não surgiu por mudanças estruturais e, mas por artifício de uma cooperação. Portanto, a cooperação explícita, no regime de co-gestão, carrega em si a fragilidade de um problema estrutural não resolvido. A descontinuidade da co-gestão pode surgir por simples decisão administrativa de manter a estrutura ainda legalmente existente, sem os mecanismos de cooperação.

1.2 O Escapismo da CNCC

Uma das bases positivas da eficácia do regime de co-gestão implantado no INCa foi a utilização da flexibilidade administrativa proporcionada pela legislação que criou a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. A CNCC permitia um escapismo às regras burocráticas tradicionais. O escapismo a burocracia tradicional tem sido constante na história administrativa do Brasil. Os movimentos de autarquização de órgãos públicos seguidos, posteriormente, pela criação de empresas estatais de serviços, tiveram como grande parte de sua motivação, o escape às regras tradicionais de administração de pessoal e administração financeira. Do ponto de vista gerencial, esses escapismos se revelaram eficazes no alcance de objetivos, já que a estrutura administrativa do Brasil, baseada no controle processualista dos termos de administração de pessoal e financeira, obstaculizavam a produção de resultados. De fato, num sistema controlado por processos e meios, e não por objetivos, as barreiras administrativas só surgem para os que desejam concretizar algo. Os acomodados é que nada pretendem encontraram todas as facilidades para alcançar o que desejam. Como os obstáculos estão nas regras administrativas somente através da iniciativa e persistência de ultrapassá-los é que se consegue maior eficácia na administração pública. O regime de co-gestão INCa-INAMPS, sem a Campanha, teria que se enquadrar em todas as regras administrativas tradicionais, que não facilitariam o alcance de resultados, conforme o demonstrado. No entanto, a flexibilidade administrativa proporcionada pela CNCC consiste apenas num "escapismo" já que as normas válidas para o INCa e INAMPS não permitem as mesmas facilidades. Assim, do ponto de vista da administração interna, a co-gestão ainda é um esquema frágil porque o reforço do tradicional com a extinção do "escapismo" provém de simples medida administrativa, da qual a história recente da administração brasileira é profusa em exemplos. Pode-se afirmar, portanto, que as mudanças administrativas no INCa não foram substanciais em sua essência. Mudaram-se os acessos aos insumos, facilitando a vinda de recursos e o alcance de resultados. Alterar os mecanismos de acesso aos insumos, embora gerando progresso, não significa alterar a estrutura de entidade do INCa perante órgãos superiores da administração.

1.3 Cultura Organizacional: A Lealdade Temporária Inevitável

Uma organização que passa por um impacto de uma grande mudança destrói uma cultura existente: isto é, crenças, hábitos, valores, tecnologias e formas comportamentais deixam de existir. Cria-se, com nova tecnologia, novos hábitos e valores que constituem uma nova cultura. A mudança ocorrida no INCa, foi rápida, drástica, em alguns setores, e envolveu um grande número de pessoas novas à Instituição, fazendo o passado do INCa pertencer à uma minoria presente. A imagem externa passada do INCa, sendo negativa, ajudou a acentuar a importância dos novos, sem muito questionamento. Assim, a capacidade de resistência à mudança foi pequena.

No entanto, valores, lealdades, compromissos, não se alteram nem se compõem rapidamente. A mudança cultural exige um longo período de transição. Inovações, possuem descontinuidades e tensões, devido ao risco e incerteza assumidos pela organização ao lhe serem introduzidas idéias novas. Mudanças organizacionais significam mudanças contínuas nas aspirações e expectativas individuais. No início do processo de mudança, as expectativas são mais uniformes porque são fundadas, em grande parte, em simples intenções manifestas. A medida que se prosseguem as intervenções na organização, obstáculos imprevisíveis e resultados inesperados, naturais em qualquer ação, podem alterar aspirações e expectativas. E agir num meio, aonde expectativas estão ultrapassadas, pode gerar futuramente resistências às mudanças.

No aspecto cultural, o regime de co-gestão, por seu pouco tempo de uso e fruto de mudanças rápidas, ainda é frágil. Não há outra alternativa para o INCa, atualmente, do que demonstrar lealdade à co-gestão. A co-gestão garantiu crescimento e reconhecimento para a Instituição. No entanto, as coalizações culturais, de valores e lealdade, ainda não estão consolidadas. No decorrer do processo de mudança, antigas lealdades e valores poderão ser reativadas, bem como novos valores culturais divergentes poderão surgir, fruto de pressões para acomodação em função da rotinização da mu-

dança ou valorização excessiva da co-gestão. Nesse sentido, a consolidação cultural do sistema dependerá não só, da possibilidade real do INCa de enfrentar novos desafios e criar novas oportunidades, mas de reavaliar continuamente as expectativas internas.

2. A POTENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DO MODELO DO INCa

2.1 Ampliação do Papel Institucional do INCa

A história do Instituto Nacional do Câncer, bem como sua capacidade técnica administrativa desenvolvida com a co-gestão, sugere uma análise adicional da potencialidade institucional do INCa.

Uma instituição se afirma perante a comunidade em que atua não apenas em função da qualidade e quantidade de serviços que presta, mas também, em função dos valores e conhecimentos que é capaz de irradiar externamente. O INCa, não transparece ser, como na realidade não é, somente uma entidade de assistência médico-hospitalar desenvolvida na sua capacidade técnica de prestação de serviços. O INCa se caracteriza, também por ser uma instituição que se aplica na produção de conhecimentos, portanto, capaz de conviver nas fronteiras da inovação. Uma instituição que se atualiza no seu campo de conhecimento e explora novos caminhos de ação, adquire perante a comunidade em que atua a responsabilidade do pioneirismo, ou seja, a inovação constante e o compartilhamento de seu saber com outras instituições similares.

Assim o papel institucional do INCa como órgão nacional de orientação de órgãos públicos e privados de combate ao câncer, deve ser incentivado. Os mecanismos para o exercício desse papel deverão combinar orientação legal normativa com incentivos a produção e transmissão de conhecimentos. Vale ressaltar, no entanto, que a irradiação de valores provem menos da proliferação de normas legais do que do apoio e constante à produção de conhecimen

tos e ao acesso aos centros mundiais de pesquisa na área.

Deve se notar também o papel do INCa, em compartilhar de forma objetiva, por mecanismos de ensino, estágios e residências médicas, os conhecimentos adquiridos. O INCa, como instituição de caráter nacional, deve ter a sua influência normativa e seu papel pioneiro, formalmente colocado à disposição de outras instituições públicas e privadas.

2.2 Extensão Organizacional da Co-Gestão

A experiência de co-gestão realizou-se numa unidade médica terciária, que exige, pela complexidade e tecnologia que utiliza, recursos vultosos. Investimentos elevados só foram possíveis no INCa com o advento da co-gestão. Assim sendo, a primeira vista, parece como sugestão imediata a utilização de esquema semelhante não só em outras unidades públicas de oncologia no Brasil, mas também para todas as outras entidades médicas, como os de cardiologia, que necessitam recursos vultosos para a prestação de seus serviços. A idéia de co-gestão, no estilo experimentado no INCa, possivelmente traria benefícios semelhantes para outras unidades hospitalares do país.

Entretanto, num país como o Brasil, onde grande massa da população vive em condições precárias e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o regime da co-gestão mereceria atenção especial para unidades secundárias e primárias. A melhoria da rede primária de saúde beneficiaria mais diretamente, maior parte da população brasileira. Inclusive, o serviço de boa qualidade no posto de saúde ajudaria a desenvolver a imagem positiva destes postos e destruir mitos de que o atendimento, a nível primário, é obrigatoriamente de má qualidade. Por outro lado, as pressões para gastos adicionais em unidades secundárias e terciárias seriam liberadas. Nesses níveis - hospitais gerais e centros de saúde - o custo fixo sendo elevado, o mesmo serviço prestado a nível de posto onera mais ainda a população. O resultado é um serviço médico mais caro e para menor número de pessoas. Países como o Brasil, com escassez

aguda de recursos, devem pensar em aproveitar esquemas administrativos que demonstram eficácia em serviços de atendimento em massa. Muitas vezes, a inexistência ou má qualidade dos serviços prestados não é simples produto da escassez, mas da inequidade e má distribuição dos recursos.

2.3 Ampliação das Dimensões Participativas

A ampliação vertical da co-gestão, isto é, a participação no processo decisório de representantes do corpo de funcionários técnicos e auxiliares do INCa, ou mesmo do cliente, pode ser sugerido menos no sentido de confirmar a administração do INCa ao conceito clássico e usual da co-gestão, mas sobretudo, pela contribuição positiva que essa participação poderia trazer à consolidação institucional do INCa.

A participação a nível de administração local do INCa, desde que subordinado aos critérios mais amplos e participativos da formulação de uma política nacional de saúde, pode contribuir a médio prazo como grande fator de auto-controle e de aumento da responsabilidade interna sobre os destinos da instituição. O melhor controle é o auto-controle dos que sofrem as consequências de seus próprios atos. Além disso, as dimensões de realização profissional poderiam ser **significamente** ampliadas quando o pessoal interno obtivesse maior influência naquilo que afeta o seu trabalho.

A questão de participação interna, no entanto, é muito complexa, tendo em vista a legislação e responsabilidades formais já definidas. A mudança, nesse sentido, deve ser bem planejada e executada em forma de aprendizado por todas as partes envolvidas. Se levada adiante, o INCa também seria uma entidade pioneira na inovação da administração pública brasileira.

3. A MUDANÇA PELA CONFIANÇA DE LONGO ALCANCE

O regime de co-gestão experimentado pelo INCa tem sido desde o seu início uma história de sucesso. Os desafios para o futuro serão cada vez maiores, na medida que a pressão qualitativa crescer interna e externamente, como consequência natural do desenvolvimento institucional do INCa. Mudança institucional é um processo contínuo que pode causar benefícios a curto e longo prazos. No INCa, os imensos benefícios já causados a nível individual, ainda não chegaram a atingir a sua grande potencialidade. O exame de co-gestão sugere que sistemas como esse podem trazer mais benefícios a longo prazo, na contribuição à mudança do sistema nacional de assistência médico-hospitalar, do que os resultados a curto prazo podem demonstrar. Além dos benefícios administrativos, o bom atendimento e a qualidade do serviço prestado, constituem uma fonte de confiança que o cliente passa a ter na instituição pública. Essa confiança é que vai gerar a consciência pública do serviço público. A consciência pública do serviço público é que fornece a base para a gerência eficaz de um sistema nacional de saúde.

Independente dos artifícios e escapismos que temporariamente é obrigado a usar, o regime de co-gestão no INCa se justifica inteiramente pela confiança e consciência pública que gera externamente, criando a motivação contínua para mudanças de longo alcance.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBDIREÇÃO DE PESQUISA

Série Cadernos EBAP

- Nº 01 - FORMAÇÃO DO ADMINISTRADOR PÚBLICO: ALTERNATIVAS EM DEBATE - 1980
Bianor Scelza Cavalcanti
- Nº 02 - EM BUSCA DE NOVOS CAMINHOS PARA A TEORIA DE ORGANIZAÇÃO - 1980
Anna Maria Campos
- Nº 03 - TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO GERENCIAL: INFERÊNCIAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS EMPRESAS ESTATAIS NO BRASIL - 1980
Paulo Roberto Motta
- Nº 04 - ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS - 1980
Luciano Zajdsznajder
- Nº 05 - A INTERVENÇÃO ESTATAL NO SETOR SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A PESQUISA "GASTO PÚBLICO EM SAÚDE" - 1980
Equipe PROASA
- Nº 06 - EDUCAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: RETROSPECTIVA E PERSPECTIVA DA EXPERIÊNCIA NORTE-AMERICANA E REFLEXÕES SOBRE O CASO BRASILEIRO - 1980
Armando Moreira da Cunha
- Nº 07 - PROJETO RIO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO - 1981
Héctor Atilio Poggiese
- Nº 08 - A PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO NA TEORIA GERENCIAL: A PARTICIPAÇÃO INDIRETA - 1981
Paulo Roberto Motta

- Nº 09 - PARTICIPAÇÃO PARA GERÊNCIA: UMA PERSPECTIVA COMPARADA - 1981
Paulo Roberto Motta
- Nº 10 - O RITUAL DA DESBUROCRATIZAÇÃO: SEUS CONTEXTOS DRAMÁTICOS E REPRESENTAÇÕES - 1981
Maria Eliana Labra
- Nº 11 - A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO ATRAVÉS DE SERVIÇOS CONTRATADOS - 1982
Valéria de Souza
- Nº 12 - MINHA DÍVIDA A LORDE KEYNES - 1982
Alberto Guerreiro Ramos
- Nº 13 - UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DO POLO NORDESTE - 1982
Antônio de Pádua Fraga
- Nº 14 - REPARTINDO TAREFAS E RESPONSABILIDADES NAS ORGANIZAÇÕES: ALGUNS DILEMAS ENFRENTADOS PELA GERÊNCIA - 1982
Anna Maria Campos
- Nº 15 - AS DISFUNÇÕES SOCIAIS DO PROGRAMA NACIONAL DO ALCOOL EM DE-CORRÊNCIA DA EXCESSIVA ÊNFASE NA CANA-DE-AÇÚCAR - 1982
Fatima Bayma de Oliveira
- Nº 16 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE: A VISÃO DE UM SANITARISTA
Franz Rulli Costa
- Nº 17 - O "JEITINHO" BRASILEIRO COMO UM RECURSO DE PODER
Clóvis Abreu Vieira
Frederico Lustosa da Costa
Lázaro Oliveira Barbosa
- Nº 18 - FINSOCIAL: ANÁLISE DE UMA POLÍTICA GOVERNAMENTAL
Paulo Emilio Matos Martins

Nº 19 - AVALIAÇÃO DE EMPRESAS PÚBLICAS NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO: A PERSPECTIVA SOCIAL

Paulo Roberto Motta

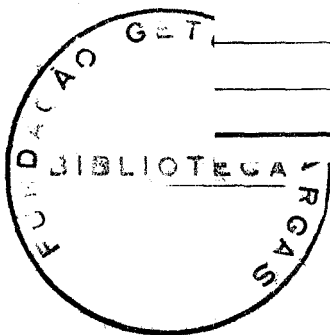
Nº 20 - REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TECNIFICAÇÃO DA MEDICINA NO BRASIL

Paulo Ricardo da Silva Maia



BIBLIOTECA

ESTE VOLUME DEVE SER DEVOLVIDO A BIBLIOTECA NA ÚLTIMA
DATA MARCADA

[illegible]

Autor: Motta, Paulo Roberto.

Título: A co-gestão no Instituto Nacional do Cancer : uma



14359

N° Pat.:137/83