



CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA

CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**INSERÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS ÀS POLÍTICAS DO SUS –
O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFÉE E GUINLE**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA
BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

NORMA HELENA PERLROTH

Rio de Janeiro, 2002



CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA

CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**INSERÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS ÀS POLÍTICAS DO SUS –
O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFÉE E GUINLE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:

NORMA HELENA PERLROTH

**E
APROVADA EM
PELA COMISSÃO EXAMINADORA**

PAULO REIS VIEIRA – Doutor em Administração Pública

DEBORAH MORAES ZOUAIN – Doutora em Engenharia de Produção

REGINA LUGARINHO – Doutora em Genética

Agradecimentos

Ao Prof. Paulo Reis Vieira, pelo carinho demonstrado durante toda esta minha jornada e que através da troca de experiências e sugestões – incorporadas nesta monografia, enriqueceram sobremaneira o seu conteúdo.

À Prof^a. Valéria de Souza, por seu apoio em todos os momentos, pela excelente orientação que recebi e cujos comentários sempre me motivaram a melhorar o desenvolvimento do presente trabalho.

Às Profas. Deborah Moraes Zouain e Regina Lugarinho pelo interesse em aceitar fazer parte da banca, assim como a colaboração com sugestões importantes.

Aos professores, Anna Maria Campos, Sonia Fleury, Luis César Gonçalves, Deborah Moraes Zouain, Sylvia Vergara e Paulo Motta que me incentivaram em vários momentos do curso e cuja ajuda sempre foi de extrema importância.

Aos funcionários da Fundação Getulio Vargas, em especial da Escola Brasileira de Administração Pública – Joarez, Vaninha e Jorge Luis, bem como os da Biblioteca Mario Henrique Simonsen, em todos os momentos muito atenciosos.

Aos entrevistados que muito contribuíram com as informações prestadas.

A todos os amigos e colegas que contribuíram direta ou indiretamente na realização desta monografia.

Aos meus pais, por seu amor incondicional e por sua luta incansável em me dar condições para um bom desenvolvimento acadêmico. Muitas saudades.

Ao meu querido companheiro e também colega de mestrado Carlos Augusto, todo meu amor. Sempre dedicado e com uma inquestionável disposição, contribuiu de maneira decisiva na elaboração do modelo e processamento estatístico dos dados desta monografia.

Ao meu filho querido, Eduardo, pelo incentivo que recebi quando iniciei o mestrado e por toda a sua ajuda durante o curso.

Resumo

A crise por que passam os Hospitais Universitários – HU's, incluindo o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, atualmente, deve ser analisada e entendida como decorrente da crise institucional por que passa o aparelho formador na área de saúde, da crise de financiamento e da estrutura de gastos do sistema de saúde e de condução das políticas públicas. No entanto, é possível estabelecer novas bases de parceria dos HU's com os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, para construção dos instrumentos necessários tanto para a efetivação da hierarquização e regionalização dos serviços, como para novas diretrizes curriculares, contribuindo, assim, na superação de alguns fatores determinantes da crise. A lógica organizacional da inserção no Sistema Único de Saúde, força os HU's a adaptarem-se ao atendimento da demanda espontânea e à necessidade de faturamento na tabela do SUS, com conseqüentes distorções no atendimento, desperdícios e pouca resolutividade do sistema, levando a um descompasso entre demanda, oferta, modelo assistencial, currículo e pesquisa.

Abstract

The crisis which university hospitals – UH's, including the University Gaffrée e Guinle Hospital, go through nowadays must be analyzed and understood as a consequence of the institutional crisis lived by the forming equipment of the health area; of the financial crisis; and of the spending structure of the health system and the conduction of the public policies. However, it's possible to establish news bases of partnership between the UH's and the managers of the Unique Health System – UHS, for the construction of the necessary instruments for the realization of the hierarchization and regionalization of the services, as much as for new curricular guidelines, contributing in the subjugation of some determinant crisis factors. The organizational logic of the insertion in the UHS forces the HU's to adapt to the attendance of spontaneous demand and to the necessity of invoicing in the UHS' table, with consequential distortions in the attendance, wastes and little resolution of the system, which leads to an out of step between demand, offer, assistential model, curriculum and research.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	01
---------------------	-----------

CAPÍTULO I

POLÍTICAS PÚBLICAS	08
---------------------------	-----------

1.1 Conceitos e Tipologias	08
1.2 Formulação de Políticas Públicas	16
1.3 As Agendas Políticas	16
1.4 Implementação das Políticas Públicas	18
1.5 Avaliação das Políticas Públicas	20
1.6 A relação entre os atores no processo das Políticas Públicas	27
1.6.1 Atores presentes nas Políticas Públicas	27
1.6.2 Interações entre os atores	30

CAPÍTULO II

A ORGANIZAÇÃO	35
----------------------	-----------

2.1 Abordagens teóricas no estudo das organizações	36
2.2 Modelos de gestão nas Organizações Públicas	42
2.2.1 Modelo Burocrático	42
2.2.2 Modelo Gerencial	44
2.2.3 Relação entre Modelos Burocrático e Gerencial	45
2.2.4 A Gerência Estratégica e a Organização Complexa	45

CAPÍTULO III

POLÍTICA DE SAÚDE E A ORG. DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	48
3.1 Antecedentes Históricos	48
3.2 O Marco Referencial da Reforma do Modelo Político de Saúde no Brasil	54
3.3 A Mudança do Enfoque da Políticas de Assistência à Saúde	61
3.4 A Organização Institucional do Sistema Público de Saúde	68
3.5 O Sistema Único de Saúde	69
3.5.1 Condução, regulação e provisão de seus serviços	69
3.5.2 Organização dos Serviços de Saúde do SUS	73

CAPÍTULO IV

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENQUANTO ORGANIZAÇÃO	78
--	-----------

CAPÍTULO V

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE	82
5.1 Histórico	82
5.2 Princípios e Finalidades	84
5.3 Objetivos Regimentais	85
5.4 Estrutura Administrativa	86
5.5 Recursos Humanos	88
5.6 Clientela	88
5.7 Plano de Metas	89

CAPÍTULO VI

IMPACTOS DESENCADEADOS PELO CONVÊNIO MEC/MS-SUS JUNTO AO HUGG SOB AS ÓTICAS: POLÍTICA, ECONÔMICO-FINANCEIRA, HUMANA E DE GESTÃO	94
--	-----------

6.1 O HUGG frente ao convênio MEC/MPAS	94
6.2 A relação do HUGG junto aos gestores governamentais	95
6.2.1 Do ponto de vista político	96
6.2.2 Do ponto de vista econômico-financeiro	98
6.2.3 Do ponto de vista dos recursos humanos	102
6.2.4 Do ponto de vista de gestão	104

CAPÍTULO VII

RELATÓRIO E ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO	107
7.1 Questões metodológicas	107
7.1.1 Dados pessoais	108
7.1.2 Variáveis relacionadas ao atendimento HUGG/SUS	110
7.1.3 Variáveis relacionadas ao universo UNIRIO/HUGG	113

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
BIBLIOGRAFIA	123
APÊNDICES	129
A - QUESTIONÁRIO DOS DOCENTES	
B – RESPOSTAS EM GRÁFICOS	

Apresentação

Os Hospitais Universitários – HU's são organizações de serviços de saúde, inseridas na atividade universitária, que envolvem simultaneamente docência, pesquisa e prestação de serviços à comunidade. São instituições complexas reconhecidas como centros de excelência atuando no atendimento à clientela universalizada, na formação de recursos humanos, atividades de pesquisa e de desenvolvimento de tecnologia na área de saúde. Estendem suas ações à sociedade, atuando como hospitais de referência¹ e de apoio, por meio de aplicação de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Integram-se ao sistema de saúde vigente e atuam como pólos de atração e irradiação de programas e projetos que visam à saúde enquanto direito de cidadania. Têm sua vertente na visão dos problemas sociais e de saúde da comunidade a que pertencem.

Têm em comum a sua origem, o seu objetivo primeiro, que é o de atender à necessidade da Escola Médica de proporcionar treinamento médico aos seus discentes, e fatores dependentes das políticas emanadas dos Ministérios de Educação (quadro de pessoal e da Saúde) e compra de serviços. Também têm problemas comuns, como a dificuldade de lançar-se de forma ampla à assistência no processo docente-assistencial e inserir-se no sistema público de saúde. Mas possuem, sem dúvida, particularidades, principalmente, no seu aspecto administrativo de estruturação e gerência, que se refletem nos seus diferentes desempenhos.

¹ Embora sendo um hospital de referência e o sistema de saúde diga que ele deva prestar atendimento de nível terciário, na prática para atender à demanda espontânea de pacientes, atua também em níveis primários e secundários de atendimento.

Até a década de 70, os HU's atendiam a uma demanda espontânea de pacientes tanto para os serviços mais especializados como para os serviços básicos de saúde, implementando atividades de pesquisa, desenvolvimento de processos e produtos tecnológicos apropriados à melhoria dos padrões assistenciais e ao aperfeiçoamento do trabalho em saúde.

A partir dessa década, com a criação do convênio do MEC/MPAS², os HU's, sofreram grande mudança de orientação docente-assistencial. O modelo decorrente do convênio determinou importante redirecionamento das então atividades de caráter exclusivamente acadêmicas, aproximando professores e alunos às necessidades assistenciais da população.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição de 1988, houve uma mudança de paradigma na política de saúde. Este processo foi consequência de um intenso movimento de luta em defesa de alguns princípios fundamentais como: descentralização, participação e controle da sociedade organizada, universalização da atenção, equidade no atendimento e integralidade das ações de saúde - o Movimento Sanitário. De acordo com Müller Neto:

“A Constituição de 1988 incorporou o direito à saúde como parte de um conjunto mais amplo de direitos sociais, visando compatibilizar a ação do Estado com as necessidades básicas do conjunto da população, reconhecendo seu legítimo direito aos benefícios do desenvolvimento econômico. A seguridade social foi definida como

² O convênio teve início após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1968, mas só foi consolidado em 1971. O modelo de convênio adotado era o de contratos de prestação de serviços com pagamento na base de unidades de serviço.

um modelo de proteção social onde são assegurados direitos sociais universais - sem qualquer condição prévia, inclusive de contribuição financeira - que deixam de ser privilégios de certos grupos populacionais e certas categorias profissionais. A saúde, componente da seguridade social, é definida de forma ampla, como consequência de políticas econômicas e sociais” (Müller Neto, 1991:68).

No início dos anos 90, com a extinção do INAMPS³, os HU's foram inseridos ao novo sistema público de saúde. Este sistema foi instituído de acordo com os princípios da nova Constituição Federal de 1988 e segundo a Lei Orgânica da Saúde – LOS, 8080/90, em seu artigo 45, dispõe que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS mediante convênio, preservando sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, recursos humanos e financeiros e ensino, pesquisa e extensão.

Hoje se discute a inserção dos HU's no Sistema Único de Saúde, onde o ensino, ao invés de estabelecer-se exclusivamente no Hospital, seja ministrado em toda a rede de assistência em nível primário, secundário e terciário. Sistema este, que referenda que os HU's devem participar, somente, em nível terciário, num mecanismo de referência e contra-referência, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico de ponta. Desta forma organizado, este sistema de saúde deve implementar as políticas de saúde visando um atendimento adequado à população.

³ Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, criado em 1977, para racionalizar e centralizar administrativamente as ações de assistência médica do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS.

Trabalhando em um hospital universitário, o HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, a autora vem presenciando as dificuldades que a instituição tem enfrentado na implementação de projetos e ações na área da saúde, visto que estes dependem não somente de apoio econômico-financeiro como também político, de recursos humanos e de gestão da própria administração, bem como dos gestores das esferas de governo. É a partir dessas perspectivas de que os HUGG está sujeito a um conjunto de políticas que direcionam suas ações que a autora quer aprofundar seu estudo.

Neste estudo, o problema que se coloca é a distância entre políticas como missão e a implementação destas, como programas, orçamento e ações. Diante deste problema, algumas proposições oferecem base para investigação. A primeira, é que o plano desenvolvido pela organização executora de políticas de saúde do governo não está sendo adequado às características complexas do HUGG. Uma segunda proposição é que o plano de ação de ambas organizações pode ser bom, mas está sendo executado de maneira imprópria. Uma terceira, é que eventos internos e externos destas organizações modificam o ambiente de tal forma que os problemas atuais não conseguem ser resolvidos.

Este trabalho considera que as três proposições são importantes e se permeiam. O problema colocado nos indica a necessidade do conhecimento de fatores intervenientes na implementação das políticas de saúde, pelas instituições executoras, para a adequação de um planejamento estratégico. A adequação da estratégia só ocorrerá à medida que melhor se conhecerem os fatores influentes no âmbito de atuação da organização e dando-lhe o

devido tratamento com vistas às suas variáveis, que se estabelecem como oportunidades ou ameaças ao desempenho organizacional.

A importância dada ao conhecimento de fatores que intervêm na execução das políticas de saúde se deve à necessidade da organização de manter um processo contínuo e sistemático de adaptação frente a mudanças contínuas do ambiente onde se insere.

É justamente esta a proposta dessa pesquisa. Em outros termos, o problema científico que se coloca é: Quais os fatores que influenciam na inserção dos HU's, particularmente o HUGG, às políticas do SUS nas variáveis políticas, econômico-financeiras, humanas e de gestão?

Do ponto de vista acadêmico, o estudo pode contribuir no sentido de que outros pesquisadores continuem a discutir temas que, apesar de estarem continuamente em debate, ainda são muito importantes para a transformação e melhoria das formas de gestão pública na área da saúde e melhores resultados para a vida da população em geral. Além disso, este trabalho pode estimular pesquisadores a elaborarem estudos que visem conhecer melhor as diferentes realidades dos Hospitais Universitários, assim como auxiliar administradores e demais atores sociais na gestão destas organizações, contribuindo, portanto, para construção de um novo padrão de gestão pública na área da saúde.

O presente estudo propõe um conhecimento mais profundo dos desafios e consequências que os Hospitais Universitários, em particular o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG têm enfrentado às ações políticas do SUS.

Para tanto, este trabalho, tem como objetivo geral identificar os fatores que influenciam na inserção do HUGG às políticas do SUS, através das análises das variáveis políticas, econômico-financeiras, humanas e de gestão deste processo. Um estudo que possibilite uma visão mais ampla da organização hospitalar na interação com o Sistema Único de Saúde, deixando em aberto um campo ainda pouco estudado para outros trabalhos que venham complementá-lo, aperfeiçoá-lo ou dar-lhe seguimento.

Como objetivos intermediários propõem-se:

- Analisar as Políticas de Saúde no Brasil;
- Conceituar Hospital Universitário e identificar seus princípios;
- Identificar historicamente o HUGG;
- Analisar os impactos desencadeados pelo convênio MEC/MS na autonomia administrativa do HUGG, sob a ótica: política, econômico-financeira, humana e de gestão;

Na estrutura deste trabalho, para uma melhor compreensão de componentes do sistema em estudo, abordam-se no CAPÍTULO I, as políticas públicas dando conceitos e tipologias, mostrando o seu curso evolutivo como missão até a política como orçamento e ação. São analisadas as etapas do percurso das políticas públicas e, estuda-se a relação entre os atores no processo da formulação das mesmas, visto que o objeto do estudo, o HUGG, é ator envolvido no cenário do SUS, sujeito a um conjunto de ações e políticas que direcionam suas atividades.

Considerando a estrutura organizacional dos HU's e do SUS, o CAPÍTULO II, caracteriza-se pela abordagem teórica no estudo das organizações. Recorre-se a um referencial teórico da ciência administrativa sobre organização, onde se constata a relevância das mudanças externas às organizações, bem como à maior complexidade interna atingida por estas. Define-se os modelos de gestão nas organizações públicas e conceitua-se gerencia estratégica e sua relação com as organizações complexas.

No CAPÍTULO III, estuda-se a política de saúde e a organização do sistema público de saúde. Inicialmente, busca os antecedentes históricos do formato da política de saúde no Brasil e as bases do movimento social que orientou o processo de implantação de um novo sistema de saúde, o Movimento Sanitário. Analisa-se a mudança no enfoque das políticas de assistência à saúde promovida pela implantação do novo sistema público de saúde. Aborda a organização institucional do Sistema Único de Saúde e as leis e normas que a regem.

O Hospital Universitário no enfoque organizacional não pode ser visto apenas como um espaço físico, mas como algo dinâmico, que prima pela qualidade social. No CAPÍTULO IV, aborda-se o HU enquanto organização, como um espaço de preservação e recriação de idéias, soluções, de sistematização de múltiplas experiências, de produção conjunta e práticas que possibilitam uma formação crítica, comprometida com a sociedade.

No estudo de caso do HUGG, faz-se, no CAPÍTULO V, a sua identificação, localizando-o geograficamente e dando características organizacionais de sua administração, tais como objetivos, plano de ações, estrutura e recursos humanos.

No CAPÍTULO VI, faz-se a abordagem dos impactos desencadeados pelo convênio MEC/MS na autonomia administrativa do HUGG, sob a ótica política, econômico-financeira, de recursos humanos e de gestão. Analisa-se o HUGG, como um sistema que interage com múltiplos fatores na busca de seus objetivos institucionais, e identifica na instituição sub-sistemas como assistência médica, ensino, pesquisa e extensão.

No CAPÍTULO VII, encontram-se o modelo e os resultados da pesquisa de campo junto aos docentes do quadro permanente do HUGG-UNIRIO, relacionando a interação do hospital às políticas do SUS.

E, finalmente, no CAPÍTULO VIII, são delineados diagnósticos institucionais, com o objetivo de melhorar o desempenho institucional na implementação adequada das políticas de saúde.

CAPÍTULO I – POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1 – Conceitos e tipologias

As transformações sociais, as mudanças ocorridas no modo de produção e o desenvolvimento tecnológico por que passa a sociedade contemporânea vêm contribuindo para que o exercício do poder rigorosamente impessoal (ideal racional weberiano) esteja dando lugar à introdução de interesses e de grupos antagonistas no circuito institucional. Isto modificou não somente o processo de *policy-making*, mas também a base de legitimação que agora começa a se fundamentar na confiança da relação “pessoal” (de pessoa, grupo ou associação), baseando-se na convicção de uma maior capacidade de resolução dos problemas sociais. O Estado, desta forma, passa a ser visto como um ator dotado de uma dimensão específica e com meios e técnicas de ação muito especiais, que se relacionam com o resto dos protagonistas sociais na arena da tomada de decisões (Subirats, 1989).

Pelo fato do mundo de ações e interações entre atores sociais e instituições públicas estar cada vez mais complexa, é preciso encontrar um enfoque que reconstrua e relacione a estas a análise dos produtos da ação estatal. Subirats define como ponto de partida centrar-se na definição de “*policy*”, decisão formal caracterizada por uma conduta ou atuação consistente e repetida por parte dos que levam a cabo e dos que são afetados por ela. Além do processo não ser tão racional, toda política pública comportará uma série de decisões mais ou menos relacionadas. O processo de elaboração de toda política pública implica decisões e

interações entre indivíduos, grupos e instituições, influenciadas pelas condutas, disposições do conjunto de indivíduos, grupos e organizações afetadas (Subirats, 1989:41).

Nesse sentido, percebe-se a necessidade cada vez maior de integrar os grupos de interesse à organização governamental, através de canais institucionalizados que permitam sua influência no processo político, como também de realizar estudos de políticas públicas que visem explicitar as relações ocultas e informais existentes, especialmente o poder de determinados grupos de pressão sob a Administração Pública e reconstruir lógicas que presidam as novas formas de decisão política e as inter-relações entre organismos públicos e grupos sociais.

Partindo da classificação de dimensão Social ou Institucional da gestão das políticas de saúde⁴, que está referida à “*relação estabelecida entre a gestão municipal e os diferentes setores da sociedade*” (onde se destacam a capacidade que a sociedade apresenta de controle social, tanto na definição de prioridades quanto na transformação destas em fatos de política pública, através da alocação de recursos; a responsabilidade social dos gestores, expressa pela prestação de contas de suas ações à sociedade; e a comunicação estabelecida entre gestores e sociedade como elementos fundamentais na democratização da gestão pública) (Fleury et al., 1997:5), buscou-se um suporte teórico na literatura de Políticas Públicas que servisse de apoio à elaboração do quadro de variáveis referentes a tal dimensão.

⁴ tal classificação foi criada pela pesquisa Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil que, com a finalidade de verificar as mudanças ocorridas na gestão das políticas de saúde com a descentralização, dividiu tal gestão nas dimensões Social, Gerencial e Assistencial.

Como tal dimensão está vinculada à questão da relação entre os atores no processo de formação das políticas públicas, esta relação foi estudada, dando ênfase à tomada de decisão na construção da agenda e na definição de prioridades, assim como à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

A dimensão Social ou Institucional, parece relacionar-se mais com a perspectiva política da avaliação, na qual determinada política é considerada bem sucedida caso consiga aumentar os níveis de representação dos setores afetados no processo de elaboração e decisão das políticas públicas, buscando explicitar os critérios para a inclusão ou não de determinados indivíduos ou grupos em certos programas. Também é mais identificada com um tipo de avaliação que busque uma aproximação conceitual, ou seja, uma maior capacidade de influenciar a maneira geral de pensar nos problemas propostos.

A partir das definições de vários autores descritas por Barroso (sd), podemos dizer que uma política *“é o curso de ação (ou inação)”* (King) *“proposto por uma pessoa, grupo ou governo dentro de um determinado ambiente com obstáculos e oportunidades fornecidas”*, para alcançar metas ou objetivos (Carl Friedrich), e que também deve *“incluir o que é realmente feito no curso para atingir as metas desejadas”* (Park). Além disso, mostraremos algumas contribuições de autores sobre o conceito de política pública.

Para Monteiro, citado por Barroso, *“a noção de política pública precisa incluir todas as ações governamentais e não apenas as intenções declaradas dos governantes ou de seus servidores”* (Barroso, sd:36). Monteiro *“define a política pública como sendo o resultado de um processo decisório interorganizacional”* (Barroso, sd:53-4).

Segundo Lindblum (1981) e Santos (1979), políticas públicas, podem ser definidas como expressão de relações que se estabelecem entre o Estado que procura atender às demandas geradas pelos diversos grupos que compõem a Sociedade, fazendo isso de acordo com suas possibilidades financeiras, e com a capacidade que cada grupo tem de fazer prevalecer os seus interesses, sendo Políticas Públicas a forma de regulação dessas relações.

Para Santos (1979) isto é feito com a participação de três órgãos: um produtor de demandas, no caso, a sociedade, ou elites, como ele mesmo chamou (o autor nomeia desta forma qualquer grupo social capaz de formular demandas por Políticas Públicas); um órgão responsável por captá-las; e outro responsável por atendê-las (executar políticas).

Desse seu conceito de elites surge a idéia de que nem sempre uma alteração no rumo das políticas públicas é acompanhada por mudanças nos grupos que estão no governo, mas sim, que esta é o resultado de uma barganha entre agentes sociais. Os pensamentos de Lindblom (1981) guardam semelhanças com o de Santos (1979), posto que enfatizam a noção de que é na luta pela formulação das agendas e das arenas políticas estão expressas nas relações de poder.

A melhor maneira de compreender o processo de decisão na formulação de políticas públicas, segundo Lindblum (1981) é separá-lo em seus componentes, procurando entender quem gera demandas, porque gera, como gera, de que forma essas demandas são captadas pelos organismos formadores de políticas, e como elas são encaminhadas. Para se entender quem ou o que formula políticas, é preciso perceber as características dos participantes, os

papéis que desempenham os poderes que cada um deles detêm, e, como lidam uns com os outros, finalmente, como se controlam mutuamente.

Oliver Saasa (1988) a descreve como processo consciente de seleção de metas e dos meios para a sua concepção, a cargo de atores presentes no sistema decisório. E adverte que esta não deve ser concebida como um ato isolado e único, mas como um processo social dinâmico (Saasa, 1988).

Joan Subirats (1989) ressalva a dificuldade de falar de uma maneira unitária de políticas públicas que implicam e afetam a atores e interesses de características e racionalidades muito diversas, devendo falar-se de verdades parciais, localizadas.

Ana Luiza Viana (1996) divide o processo de “fazer” política pública em quatro fases ou etapas: construção da agenda, formulação de políticas, implementação de políticas e avaliação de políticas (Viana, 1996:5). Para a autora, a análise do ato de “fazer” políticas públicas consiste na identificação das características das agências públicas, dos atores participantes, dos mecanismos, critérios e estilos decisórios, das inter-relações entre agências e atores e das variáveis externas que influenciam este processo.

Partindo do pressuposto de que toda política pública resulta de uma interação social, ou seja, que a ação política de diferentes segmentos da sociedade pode condicionar determinada política pública, é de extrema relevância a relação que se estabelece entre os diversos atores (tanto governamentais quanto não-governamentais) no processo da política. Além disso, é importante também ter em vista o *“inter-relacionamento entre as variáveis*

que interferem neste processo: o meio social e político, os atores participantes, as agências implementadoras e as políticas (suas metas e seus objetivos)” (Viana, 1996:6).

Viana (1996) aponta as análises que se preocuparam em superar a idéia de que a implementação envolve somente os instrumentos da teoria administrativa, enquanto a teoria política envolve a formulação de políticas (dicotomia entre decidir e executar). Outra dicotomia que deve ser superada é a idéia de que os sujeitos da ação governamental são os atores governamentais, enquanto os cidadãos são apenas objetos da ação. Cita o conceito de ação social do autor Markku Kiviniemi, enquanto ato de “fazer” políticas públicas, em que se estabelece uma relação entre os atores governamentais e os de fora, não de forma dicotômica, mas num processo contínuo e até mesmo independente da fase política.

Jean Pierre Nioche (1994) afirma a irreabilidade da separação das esferas política e administrativa. Para o autor, a análise das políticas públicas busca compreender a ação coletiva. A primeira dificuldade por resolver é definir a política, que é um objeto móvel e que deve ser reconstruído perpetuamente, além de romper as barreiras entre o sistema político, o sistema administrativo e a sociedade civil, operando um corte transversal nestes três componentes.

Em relação ao planejamento social, Eduardo Bustelo (1982) critica o fato deste, na maioria das vezes, ter sido relacionado com problemas econômicos e defende a necessidade de ampliar o enfoque do planejamento, “*considerando-o multidimensional: econômico, político e social*” (Bustelo, 1982:133). Considera que o planejamento não é só técnico, mas

sempre é político (Bustelo, 1982:139), além do fato do seu processo ser um diálogo entre comunidades e governo, sendo a participação um pré-requisito importante.

Para Cohen & Franco,

“no campo dos projetos sociais isso supõe que sua administração estabeleça relações horizontais com os usuários, a fim de viabilizar processos permanentes de reajuste entre as metas, as formas previstas para alcançá-las e as necessidades dos beneficiários, que vão se modificando em decorrência de um contexto que se altera. Além disso, “a participação dos usuários requer o fortalecimento da capacidade de gestão a nível local” (Cohen & Franco, 1995: 81) .

Ao analisarem a participação social, os autores a justificam não só por ser uma estratégia que visa a que a comunidade seja um recurso, como também por poder retroalimentar a gestão a partir do controle social na operação de projeto. Citando Kliksberg, ressaltam a importância de mudar o modelo tradicional-burocrático por outro mais flexível que incite à inovação. Portanto, enfatizam a necessidade de que a gestão seja coordenada tanto horizontal (entre os diferentes ministérios, o setor privado e a sociedade civil) quanto verticalmente (entre os diferentes níveis de governo).

Para estes autores, um projeto social deve ser orientado para o impacto que se busca alcançar e uma mensuração periódica deve orientar a gestão, além da participação ativa da população-alvo, que é um recurso pelo fato de permitir inscrever os objetivos do programa na realidade local e tornar viável a adaptação dos projetos a essa realidade.

Segundo José Fernandes Dias (1994), historicamente foi construído um modelo de gestão do Estado e da coisa pública como um espaço privilegiado de luta social que se aprofunda no cotidiano. No Brasil, após a Constituição de 1988, a participação da sociedade civil organizada passa a ter um novo papel, sendo vista como direitos da cidadania, além de expressão da crescente e inovadora participação popular na gestão da coisa pública. Isto significa um intenso resgate do saber popular, que havia sido desapropriado pelo dito saber científico, originando uma política que busca “*unir o concreto vivenciado e o conhecimento científico*” (Dias, 1994:4). Para Dias, a parceria com organizações não-governamentais e movimentos sociais na gestão da coisa pública é a “*raiz da democratização da sociedade e do usufruto integral da cidadania*” (Dias, 1994:5).

É digna de destaque a noção de comunidade que afeta e é afetada pela política concreta, o que nos remete mais uma vez tanto a necessidade de diminuição da distância entre governo e sociedade, assim como de uma intercomunicação e informação mútua entre sujeitos governamentais e não-governamentais. Está ligada também à importância da avaliação feita através dos programas de atualização governamentais, para a promoção de um melhor conhecimento da opinião pública sobre as decisões e ações públicas.

Pedro Demo (1985) considera que os que defendem a experiência participativa buscam: extinção de um autoritarismo centralizador; diminuição de uma divisão do trabalho reforçadora das diferenças e distanciamentos entre os segmentos sociais; eliminação do binômio dirigentes e dirigidos; e participação efetiva dos diferentes segmentos sociais na tomada de decisões e conscientização de que todos são autores da história (Demo, 1985:9).

Diferencia planejamento participativo do planejamento tradicional, cuja atividade é tipicamente técnica, e do planejamento técnico com estratégias participativas, atividade marcadamente técnica, mas preocupada com momentos participativos. Isto não quer dizer que a comunidade venha a substituir o saber do técnico, mas sim que este proponha e defenda suas idéias participativamente (Demo, 1985:13).

1.2 - Formulação de Políticas Públicas

Para a fase de formulação de políticas, segundo Viana (1996:13), os autores Hoppe, Van de Graff e Van Diik classificam as fases de políticas em: construção da agenda, elaboração do projeto, adoção do projeto, implementação, avaliação e reajuste. Para eles, o processo de formação de políticas “ *pode ser visto como um diálogo entre intenções e ações, isto é, um processo contínuo de reflexão para dentro e ação para fora*”. Para eles, as fases de formulação e implementação constituem dois momentos importantes na formação das políticas, sendo que a de implementação caracteriza-se por mostrar resultados, que servem de lição para os formuladores. Os autores identificam como necessária, “*uma perfeita interação entre formuladores, implementadores e público-alvo (das políticas) para o sucesso de determinada política*”.

1.3 - As Agendas Políticas

A agenda governamental é definida por James Anderson , citado por Viana, como o “*espaço em que se constituem os problemas, assuntos ou demandas que os ‘fazedores’ escolhem ou são compelidos a escolher*” (Viana, 1996:16).

Subirats (1989) expõe que na formação do programa ou agenda de atuação dos poderes públicos se concentra toda a complexa problemática de definição dos problemas, agregação de interesses e sua representação e organização. A agenda nos mostra qual é a percepção dos poderes públicos em um instante concreto, sobre o que se deve resolver. Ao analisarmos um programa ou agenda, detectaremos muitos temas recorrentes e poucas novidades, podendo então deduzir que são coisas distintas aderir a esse programa e manter-se nele (Subirats, 1989:55).

Com relação à formulação das agendas políticas, Viana (1996), apresenta a análise de Kingdon. Segundo este, a agenda é definida como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e da sociedade. Para este autor existem três tipos de agenda: a sistêmica, que contém uma lista de assuntos que são preocupação do país, há anos, mas sem atenção por parte do governo; a governamental, que inclui os problemas que merecem a atenção do governo; e, a de decisão, listando os problemas a serem decididos. Para Kingdon, um assunto pode sair da agenda sistêmica para a governamental em épocas de crise, influência de um quadro de indicadores ou acumulação de informações ou experiências.

Kingdon também sublinha que, a influência da política institucional do Executivo e, portanto, na formulação da agenda, tem a ver com o *national mood*: as forças organizadas como os grupos de pressão, ação de mobilização política e comportamento das elites políticas; e, as mudanças administrativas que ocorrem a partir das eleições para o Executivo e o Legislativo. O *national mood* e as eleições têm maior poder de provocar alterações na agenda do que a ação dos grupos de pressão. Para o autor, quando há

ameaças no Executivo, no Legislativo ou no National mood, abrem-se *policy windows*, isto é, iniciam-se processos de alterações na agenda governamental ou de decisão (Viana 1996:9).

Já para Cobb e Elder, segundo Viana (1996:12), a agenda política é classificada em dois tipos: a sistêmica, que contém assuntos de ordem mais geral e a institucional. Segundo os autores, o sistema político tende a aumentar ou diminuir os espaços entre as duas agendas, mas sempre mantendo-as separadas por limites considerados toleráveis pela sociedade. E, que a distância entre as duas agendas marca o espaço do conflito no interior desse sistema. Os autores concluem que estudar a construção de uma agenda revela a natureza entre o meio social e o processo governamental, permitindo até mesmo pensar na possibilidade de a agenda política produzir estabilidade estrutural, da mesma maneira que o voto confere estabilidade conjuntural.

1.4– Implementação das Políticas Públicas

Com relação a fase de implementação de políticas públicas, Bardach , citado por Viana (1996:26), define o problema como o do “*dilema*” que se estabelece quando é preciso administrar e controlar uma profusão de programas de numerosas organizações e atores, tendo que alcançar objetivos e, ao mesmo tempo reduzir custos. E, que a barganha se estabelece justamente quando se deve agregar as partes em função de um objetivo. Afirmar que, a implementação de políticas seria um processo típico de “*assemblée*” e, que “*em cada processo devem-se identificar mecanismos administrativos, financeiros e contábeis;*

beneficiários e clientes; fornecedores privados de bens e serviços; normas das agências públicas; fontes de recursos; processo de “assembléia” e atores criadores de impasse”

Para Viana (1996:27), a teoria de Bardach desenvolve-se de acordo com o conceito de jogo, *“traduzindo-se em inúmeros jogos que se entrelaçam, envolvendo um grande número de jogadores, com estratégias e táticas próprias, com graus de incerteza, normas para vitória, tipos específicos de comunicação entre os jogadores e requerendo um processo de ‘assembléia’ para produzir produtos”*. Ainda segundo a teoria, existiriam fatores adversos que ocasionariam atrasos (por exemplo, dispersão de recursos e abandono de objetivos, entre outros), sendo necessário, então, estabelecer os cenários da implementação em que são previstos esses percalços do processo.

Kiviniemi, define implementação como *“a fase em que se implantam intenções para obter impactos e conseqüências”*. O autor destaca que *“o sujeito das políticas são o governo ou os atores governamentais e o objeto, os grupos de cidadãos e outros atores privados”* (Viana, 1996:19). Afirma, ainda, que quando a política torna-se operativa, ela passa a contar com recursos e discursos, envolvendo ação social. Esta, por sua vez, envolve vários sujeitos, como os atores governamentais e não governamentais, que também possuem diversas intenções. Assim, a implementação de políticas é vista como ação social, traduzindo-se no encontro de diferentes intenções, de diferentes atores.

Grindle, resalta Viana (1996:27), discute a influência do contexto político na implementação de políticas, elaborando um modelo de processo político em que *“os limites e condicionantes do processo ocorreriam em função do conteúdo da política (...) e os atores seriam*

analisados segundo a capacidade de poder, os interesses, as estratégias e as características do regime com o qual interagem”.

O sucesso do processo de implementação de políticas, segundo Viana (1996) dependeria da forma de rotina existente em cada nível de organização, a favor ou contra a política e, especialmente entre os “trabalhadores de linha”, isto é, os que têm contato com o cliente.

Já a falha da implementação de política para Medina, segundo Viana (1996:39), decorreria porque os formuladores de política não compreendem as condições reais sob as quais são prestados os serviços, e a propensão à inércia minaria os propósitos iniciais dessa política.

1.5 – Avaliação das Políticas Públicas

Em relação à avaliação de políticas, Cohen e Franco conceituam-na como projetos sociais afirmando que *“no campo dos projetos sociais isso supõe que sua administração estabeleça relações horizontais com os usuários, a fim de viabilizar processos permanentes de reajuste entre as metas, as formas previstas para alcançá-las e as necessidades dos beneficiários, que vão se modificando em decorrência de um contexto que se altera. Além disso, “a participação dos usuários requer o fortalecimento da capacidade de gestão a nível local”* (Cohen e Franco, 1995: 81) .

Ao analisarem a participação social, os autores a justificam não só por ser uma estratégia que visa a que a comunidade seja um recurso, como também por poder retroalimentar a gestão a partir do controle social na operação de projeto. Citando Kliksberg, ressaltam a

importância de mudar o modelo tradicional-burocrático por outro mais flexível que incite à inovação. Enfatizam a necessidade de que a gestão seja coordenada tanto horizontal (entre os diferentes ministérios, o setor privado e a sociedade civil) quanto verticalmente (entre os diferentes níveis de governo).

Para estes autores, um projeto social deve ser orientado para o impacto que se busca alcançar e uma mensuração periódica deve orientar a gestão, além da participação ativa da população-alvo, que é um recurso pelo fato de permitir inscrever os objetivos do programa na realidade local e tornar viável a adaptação dos projetos a essa realidade.

Para Cohen e Franco, citado por Viana (1996), o ciclo de política compreenderia avaliação *ex ante* e *ex post*. Para a autora existem dois tipos de avaliação *ex ante*: o custo-benefício e o custo-efetividade. O primeiro é uma relação monetária entre os custos e benefícios de uma política. O segundo, por sua vez, não necessita uma relação monetária, sendo mais utilizado em projetos sociais.

Ainda em relação ao estudo, a autora divide as avaliações *ex post* em avaliação de processo, que estuda a fase de implementação de determinada política, e de impacto, que estuda o efeito dos resultados de uma política.

E X A N T E	Custo-benefício	relação monetária entre os custos e os benefícios da política, sendo esta aceitável se os benefícios excederem o custo.
	Custo-efetividade	mais utilizado em projetos sociais. “Não requer uma relação monetária (...): dado um montante limitado de recursos, estes devem ser aplicados de forma tal que permitam um maior número de unidades de resultados ou benefícios” - matriz de custo-efetividade (Viana, 1996:34).

E X P O S T	Avaliação de impacto	<p>objetivo: “medir os resultados dos efeitos de uma política” (Viana, 1996:35).</p> <p>Modelos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • experimental clássico: trabalha com dois grupos: o grupo experimental (que recebe as ações da política) e o grupo controle (que não recebe as ações da política)” (Viana, 1996:37). • quase-experimental: consiste em medições periódicas efetuadas antes, durante e depois da implementação da política” (Viana, 1996:38) • não-experimental: • Modelo antes e depois • Modelo só depois, com grupo de comparação • Modelo só depois, com variáveis de controle.
	Avaliação de processo	<p>objeto: adequação entre meios e fins (Viana, 1996:35).</p> <p>objetivo: correção do modelo de causalidade e da implementação, visando reorientá-la em função dos objetivos propostos (Viana, 1996:35)</p>

Viana (1996) define em seu estudo que:

“Há uma adequação entre os tipos de estudo e as fases das políticas. Assim, a fase de construção de agenda propicia estudos de processo decisório; a fase de formulação, de processo decisório e de custo benefício e custo-efetividade; a fase de implementação, de processo decisório e de avaliação do processo de implementação (...); e a fase de avaliação, estudos avaliativos” (Viana, 1996:30).

É importante determinar o que realmente se pretende com a avaliação e isto dependerá da perspectiva ou da lógica com que se atue. Estas perspectivas, segundo Subirats (1989:140) podem ser se dividem em gerencial ou técnica, política e legal ou jurídica.

Perspectiva gerencial ou técnica refere-se à eficácia desta política, o grau de satisfação alcançado ou seu nível de eficiência. A eficácia de uma determinada política implica em perguntar sobre a implementação da mesma em relação ao nível de racionalidade de sua organização interna; ao grau de previsibilidade da atuação do pessoal implicado; às pautas de direção seguidas e clareza nos níveis de responsabilidade; ao nível de resposta ou de reação que a aplicação da política gera na própria organização; e à adequação entre os recursos destinados a esta política com os objetivos propostos. Trata-se de uma consideração mais centrada na eficiência, o que implica relacionar os custos e os benefícios gerados pelos resultados do programa.

A partir da visão da perspectiva política, pode considerar-se que determinada política teve êxito se conseguiu aumentar os níveis de representação dos setores afetados no processo de elaboração e decisão das políticas públicas, o que obriga a explicitar os critérios para a inclusão ou não de determinados indivíduos ou grupos em um certo programa.

Perspectiva legal ou jurídica se baseia em critérios como a igualdade formal dos cidadãos em seu acesso ao programa, o respeito ao princípio da legalidade, a pureza do procedimento administrativo segundo o respeito aos direitos daqueles indivíduos ou coletivos afetados.

A avaliação pode ser, segundo Subirats (1989:145-6), por meio de determinação de necessidades, avaliação formativa, avaliação de balanço ou conclusiva.

Na determinação de necessidades descobrem-se debilidades ou espaços problemáticos da proposta do programa, de tal maneira que se possa melhorar em futuros ajustes do mesmo. Costuma ser indicada naqueles programas que apresentam uma notável complexidade organizativa, com variedade de metas e diversidade de equipes ou pessoal vinculado. Quando constata uma sensação de insatisfação generalizada, leva a uma reformulação global ou parcial dos objetivos do programa .

Já a avaliação formativa pretende analisar o funcionamento real do programa e de todos os trabalhos conectados com o mesmo. Seu objetivo é comprovar se este programa se desenvolve sem dificuldades, localizando os pontos críticos e favorecendo uma via de melhora.

A avaliação de balanço ou conclusiva recolhe informação sobre os resultados finais do programa e facilita um juízo de valor global sobre o mesmo. Deve proporcionar uma base de comparação que permita objetivizar esse juízo de valor, por meio da comparação com os resultados de um programa alternativo com objetivos similares, mediante a comparação com setores ou zonas não incluídos no processo de aplicação do mesmo, como também de um contraste entre os resultados obtidos e os objetivos de partida do mesmo.

Os estudos de avaliação podem sofrer dificuldades como: variações na influência relativa de recursos, prioridades ou “*patrocinadores*” dos programas de intervenção social; variações nas posições e influências dos diferentes atores ou representantes de interesses presentes no processo: e, modificações nas prioridades e responsabilidades das organizações e agências que devem protagonizar ou colaborar na implementação desses programas.

A avaliação, segundo a autora, pode servir para fundamentar necessidades na formulação de novas políticas; podem ser dirigidas a um uso direto ou instrumental, no qual dos resultados obtidos derivem ações imediatas ou mudanças nos programas de atuação - políticas para assegurar que a maneira de implementar um programa resulte mais eficiente; ou ainda, para satisfazer as exigências de controle sobre a eficácia da ação administrativa; ou podem ser conceituais, que buscam mais a capacidade de influenciar a maneira geral de pensar nos problemas e temas propostos.

O processo avaliador define os problemas sobre os quais atuar e o marco próprio de cada política, os indivíduos ou grupos afetados por essa política, as premissas ou hipóteses de partida do programa e sua priorização, a relação das premissas com as demandas constatadas, o trabalho de síntese da informação disponível (Subirats, 1989:156).

Após a avaliação de um programa de atuação dos poderes públicos, deve ser feita uma reflexão sobre a possível continuidade, modificação ou término deste. Nos últimos decênios se tem tendido a incrementar sobremaneira o nível de intervenção dos poderes públicos e a atuar mais por extensão de políticas existentes que por radical criação de políticas novas (Subirats, 1989:163).

Os instrumentos utilizados para receber informações da população podem ser pesquisa de opinião, ficha ou formulário de avaliação ou sugestões dos usuários, ouvidorias oficializadas e inserção dos Conselhos e das Conferências de Saúde na gestão da saúde, para obtenção de informações, assim como participação no processo avaliador.

A avaliação, segundo Subirats (1989) pode servir para fundamentar necessidades na formulação de novas políticas; podem ser dirigidas a um uso direto ou instrumental, no qual dos resultados obtidos derivem ações imediatas ou mudanças nos programas de atuação; para satisfazer as exigências de controle sobre a eficácia da ação administrativa; ou podem ser conceituais, buscando mais a capacidade de influenciar a maneira geral de pensar nos problemas e temas propostos.

A autora ressalta que, uma visão mais global e realística do processo avaliador pode permitir um melhor contato com os protagonistas reais da implementação dos programas de atuação públicos e uma capacidade de influência sobre o conjunto do processo.

Após a avaliação de um programa de atuação dos poderes públicos, deve ser feita uma reflexão sobre a possível continuidade, modificação ou término deste. Nos últimos decênios se tem tendido a incrementar sobremaneira o nível de intervenção dos poderes públicos e a atuar mais por extensão de políticas existentes que por radical criação de políticas novas (Subirats, 1989:163).

1.6 - A relação entre os atores no processo das políticas públicas

1.6.1 - Atores presentes nas políticas públicas

Para o analista de política pública a distribuição de papéis na hierarquia das ações de governo é de extrema importância. Por isso é relevante a descrição de alguns atores presentes na política pública. Viana (1996) distingue os atores governamentais e não governamentais, a partir da teoria de Kingdon (1984). A partir da exposição da autora, apresentamos o quadro a seguir, relacionado aos participantes ativos da política pública:

ATORES GOVERNAMENTAIS	ATORES NÃO -GOVERNAMENTAIS
<p>Alto staff da administração: presidente, staff do Executivo e políticos nomeados para cargos públicos - vital para a construção da agenda.</p> <p>Funcionalismo de carreira - vital para a especificação de alternativas e mais ainda para a fase de implementação.</p> <p>Parlamentares e staff do Congresso - influência decisiva na agenda.</p>	<p>Grupos de pressão ou interesse - mais no sentido de bloquear do que de promover assuntos.</p> <p>Acadêmicos, pesquisadores e consultores - mais na especificação de alternativas</p> <p>Mídia - influências regionais e de forma mais localizada</p> <p>Partidos políticos e opinião pública - grande influência na formação da agenda</p>

Viana (1996) descreve também os *policy entrepreneurs* como “*peessoas que investem seus recursos a favor de determinadas políticas, atuando em qualquer fase da política, com poder de provocar-lhes alterações, podendo ser burocratas, acadêmicos, jornalistas e políticos*” (Viana, 1996:10).

Para Subirats (1989), os atores relevantes no processo de formação das políticas públicas são os cidadãos, o parlamento, o Sistema Judiciário, o governo, a burocracia, a opinião pública, os partidos políticos e os grupos de interesse. De acordo com o autor, é necessário reconstruir as lógicas que presidem as novas formas de decisão política e as inter-relações que vão se estabelecendo entre organismos públicos e grupos sociais.

Outra classificação feita entre os atores é a de Anderson, segundo Viana (1996), que identifica os “fazedores” oficiais de implementação de políticas como o Legislativo, o Executivo, as agências administrativas e as cortes do Poder Judiciário. E, que podem ser subdivididos em dois grupos: os primários e os suplementares. Os primeiros, possuem direito constitucional para a ação, enquanto os últimos compreendem as burocracias das agências administrativas nacionais. Já os atores não oficiais, seriam os grupos de interesse, os partidos políticos e simples cidadãos. Para o autor, o problema central do processo decisório está em reconhecer quem está envolvido, sendo este processo a culminância de uma variedade de decisões, algumas de rotina, outras não (Viana, 1996:15).

Os burocratas, possuem recursos importantes que explicam a importância de seu papel no processo de determinação e implementação das políticas públicas que são: o seu controle sobre a informação e sua própria capacidade profissional; sua rede de contatos formais e informais; e sua permanente posição na estrutura de desenho e implementação das políticas públicas. Sua função constitui-se em grande parte em sua capacidade de recolher e processar informações procedentes das distintas clientelas, grupos de interesses ou organismos sociais com que mantêm contatos. Por outro lado, possui um papel mais relevante na geração de alternativas que são desenvolvidas através de pontos contidos nas

agendas ou programas de atuação definidos pelo nível político, e no processo de implementação que segue à tomada de decisões (Subirats, 1989).

Badia (1981) define os grupos de interesse e os grupos de pressão como “forças sociais organizadas que exercem uma ‘atividade de pressão’ direta ou indireta, sobre o comportamento dos governantes para que estes adotem decisões favoráveis aos seus interesses particulares ou às suas causas defendidas” (Barroso, 199:46).

Segundo J. Meynaud, citado por Badia (1981), um grupo de interesse pode ser entendido como *“o conjunto de indivíduos que, a partir de uma comunidade de atitudes, exprimem reivindicações, alegam pretensões ou tomam posições que afetam, de forma direta ou indireta, outros atores da vida social”* (Barroso, sd:48). Passam a ser considerados como grupos de pressão quando, não existindo canais institucionalizados que os integrem ao processo político, atuam sobre a organização governamental, através do uso de sanções ou ameaça de uso destas para influenciar as decisões do poder político e, assim, alcançar as suas aspirações e reivindicações. Nas sociedades pluralistas os grupos de interesse participam normalmente do processo decisório governamental (Barroso, sd).

Os grupos de pressão também podem atuar na Administração Pública a partir do chamado *“lobismo”*, através de pessoas dedicadas a influir nas decisões. Entretanto, Barroso (sd.) ressalta que *“nem sempre as relações entre os grupos de pressão e a Administração Pública estão institucionalizadas ou são conhecidas e que na maioria dos casos tais relações são ocultas e informais”* (Barroso, sd:52-3).

Atualmente, muitos mecanismos vêm sendo desenvolvidos para associar os grupos de interesse e/ou pressão na tomada de decisões através da criação de comissões, conselhos e órgãos colegiados. A Constituição de 1988 estabeleceu através da Lei Orgânica da Saúde 8142/90, no seu artigo 1º que em cada esfera do governo o Sistema Único de Saúde conta, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

1.6.2 - Interações entre os atores

Etzione (1992) afirma que uma sociedade mais capaz de resolver seus problemas requer maior capacidade para construir o consenso e meios de controle mais eficazes. Defende uma estratégia de exploração combinada que não seja tão racionalista como as sociedades totalitárias, nem tão incremental como a que defendem as democracias. Enumera as estruturas que marcam as interações com os atores: posições e relações de poder entre os responsáveis pela tomada de decisões; ambiente (se é estável ou não); e capacidades do ator. Além disso, afirma que uma sociedade mais capaz de resolver seus problemas requer: maior capacidade para construir o consenso; e meios de controle mais eficazes. O autor defende uma estratégia de exploração combinada que não seja tão racionalista como as sociedades totalitárias, nem tão incremental como a que defendem as democracias.

Para Subirats (1989), os atores relevantes no processo de formação das políticas públicas são os cidadãos, o parlamento, o Sistema Judiciário, o governo, a burocracia, a opinião pública, os partidos políticos e os grupos de interesse. De acordo com o autor, é necessário reconstruir as lógicas que presidem as novas formas de decisão política e as interrelações que vão se estabelecendo entre organismos públicos e grupos sociais.

Kiviniemi considera que existe equilíbrio em uma rede interorganizacional (grupo de atores em completa interação) quando os participantes atuam com elevado grau de coordenação e interação cooperativa, “*fundadas em consenso normativo e respeito mútuo*” (Viana, 1996:23).

Para Richard Elmore, citado por Viana, por sua vez, o sucesso da política depende da capacidade dos atores do processo da implementação de influenciar atores de outros níveis (Viana, 1996:25-6).

Subirats (1989) relata que Pressman e Wildavski concebem a negociação entre os atores como variável chave na análise de políticas. Desta forma, é interessante o conceito de “*policy network*” para analisar a relação entre os diversos atores na implementação de políticas públicas. A partir da idéia de “*network*”, toma-se como unidade de estudo uma construção analítica capaz de incluir todos os sujeitos públicos e privados que tomam decisões sobre o uso dos recursos comuns com respeito a um determinado problema, mantendo uma série de limitações ou compromissos comuns, partindo de uma intercomunicação e informação mútua suficiente. Além disso, envolve também a noção de comunidade que afeta e é afetada pela política concreta.

O processo de elaboração e de implementação da política envolve diversos níveis governamentais, órgãos administrativos e outros interesses afetados, constituindo-se o que vem sendo chamado de “*policy network*” ou “*policy community*”, atores institucionais, políticos e sociais que fazem frente a uma tarefa ou programa de atuação específico. As interações entre seus atores influenciam a qualidade da política aplicada e a efetivamente de sua implementação. Cada política pública gera seu próprio conjunto de organizações e

interesses, conectados entre si por dependências financeiras ou administrativas. As vantagens derivadas da utilização do conceito de “*policy network*” são a maior inclusão e tratamento da variedade de relações existente em todo o processo de elaboração e implementação de políticas públicas e a visão do centro decisor mais aberta, admitindo que os atores locais possam ter influência nas políticas nacionais (Subirats, 1989).

O objetivo de cada organização ao relacionar-se com outras dependerá de seus recursos e do que deseja obter das demais. Geralmente os recursos que mais estão em jogo são: autoridade, dinheiro, legitimação, informação e capacidade organizativa. É necessário então que se desenhe uma estratégia no processo de implementação que preveja a necessidade da negociação e do acordo, ou da neutralização das diferentes instâncias organizativas afetadas, o que remete ao conceito de “*policy network*” (Subirats, 1989).

Com relação aos atores na fase de avaliação, os métodos de avaliação dos programas de atualização governamentais servem tanto para um melhor conhecimento dos mesmos por parte da opinião pública assim como dos próprios protagonistas destes programas. A princípio, todo cidadão está interessado em melhorar a eficácia e a eficiência da atuação dos poderes públicos e deveria interessar-se pela realização de uma concreta avaliação e, posteriormente, do uso de seus resultados. Na prática, contudo, o possível campo dos interessados se estreita restringindo-se àqueles que têm um interesse direto no programa (Subirats, 1989).

Afirma a autora que diferentes interesses costumam comportar perspectivas ou pontos de vista diversos sobre o programa a avaliar, sobre a própria avaliação em curso e sobre o uso

ou conseqüências que poderiam derivar-se da mesma. Assim, a avaliação pode proporcionar certas ameaças para algum ou alguns dos setores implicados, já que põe descobertos certos elementos ou informações incômodas ou perigosas para algum dos implicados nas decisões ou pode comportar ou exigir uma mudança, tanto no próprio desenho do programa quanto na organização encarregada de implementá-lo. Por outro lado, se a avaliação tiver sido feita por membros internos, isto pode facilitar a implementação das mudanças que se derivem dos resultados finais da avaliação, devido ao alto grau de conhecimento do funcionamento da organização. Entretanto, se essas mudanças ameaçarem a organização ou membros desta, o fato dos avaliadores serem internos podem fazer com que estas mudanças sejam paralisadas.

A presença de uma multiplicidade de atores e setores interessados no programa a avaliar e no próprio processo de avaliação, ou seja, a pluralidade de interesses, deve relativizar a força final das conclusões a que se cheguem, assim como dificultar a definição da melhor perspectiva de abordar a avaliação. Por outro lado, pelo fato de serem cada vez mais os atores e interesses presentes, isto os obriga a melhorar os porquês e prever melhor as conseqüências das ações que se empreendem. As controvérsias entre diferentes setores e grupos sociais podem ir crescendo e provavelmente se centrarão em momentos como os da formação da agenda de atuação dos poderes públicos (Subirats, 1989).

Quanto mais complexa seja uma política, mais atores implicados, maior variação nas percepções, interesses e oportunidades que suscita e, portanto, maiores complicações comportará as mudanças propostas a partir da avaliação. Portanto, convém informar

exaustivamente aos setores beneficiários da implementação da política, as razões de tais mudanças e suas oportunidades.

Deste modo, a gestão pública da saúde no contexto da relação entre os atores pressupõe não apenas uma maior interação entre atores governamentais e não governamentais, mas também um maior equilíbrio nas relações de poder entre os próprios atores governamentais na tomada de decisões, tanto em relação à definição do problema e determinação de prioridades quanto à etapa de implementação, na qual são estabelecidas as intenções para obter impactos e consequências de determinada política.

Ou seja, devem ser legitimados canais institucionalizados para inserir os grupos de interesse na tomada de decisões. Estes canais referem-se aos Conselhos e Conferências de Saúde. Também se deve levar em conta a importância da participação de acadêmicos, pesquisadores e consultores na gestão, a partir de apoio técnico fornecido através de convênios com Instituições de Ensino e Pesquisa, assim como da influência da mídia, partidos políticos e opinião pública. Os setores implicados precisam ser organizados, fortes e representativos para que possam participar das decisões e avaliações de maneira ativa que interfira na gestão da política e para que as demandas destes vários setores existentes sejam atendidas e seus interesses sejam representados.

CAPÍTULO II – A Organização

A sociedade moderna é uma sociedade de organizações da qual o homem passa a depender desde o momento que nasce para satisfazer suas necessidades básicas. Mas as organizações não são recentes, existem desde os tempos dos faraós e dos imperadores da antiga China. A Igreja elaborou a sua organização ao longo dos séculos e os exércitos desde a Antigüidade.

As organizações se desenvolveram ao longo de várias etapas: inicialmente os elementos da natureza constituíam a única base de subsistência da humanidade. Depois, surgiu o trabalho como fator no desenvolvimento do homem. Por meio do trabalho, os elementos da natureza passaram a ser transformados. O trabalho passou a condicionar formas de organização das sociedades. Com o trabalho, surgiu o capital, que passou a preponderar sobre a natureza e o trabalho, tornando-se um dos fatores básicos da vida social.

Para atingir o mais alto grau de industrialização, a sociedade passou por várias etapas de organização. Inicialmente, na Idade Média, foi caracterizada pela predominância do espírito religioso. A partir dos séculos XVIII e XIX, houve por meio do liberalismo econômico e social o desenvolvimento do capitalismo. E, no século XX, o socialismo obrigou o capitalismo a enveredar pelo caminho do máximo desenvolvimento, caracterizando nossa sociedade como uma sociedade de organizações.

A organização surgiu, então, de forma rudimentar, a partir do desenvolvimento da sociedade, transformando-se com o surgimento dos instrumentos de trabalho e, mais tarde, para atender às demandas do capital.

Dado que as organizações constituem a forma dominante de instituição em nossa sociedade e que se tornaram o espaço onde o ser humano realiza o trabalho, a necessidade de melhorar a satisfação no trabalho, o rendimento a curto prazo, a eficácia e o desempenho dos indivíduos, têm levado a estudos sobre estas questões, na tentativa de conhecer e compreender a dimensão humana no desenvolvimento das organizações (Chanlat, 1996).

“A organização cria um poderoso instrumento social, através da coordenação de um grande número de ações humanas. Combina o pessoal e os recursos, ao reunir líderes, especialistas, operários, máquinas e matérias-primas. Ao mesmo tempo, avalia continuamente sua realização e procura ajustar-se, a fim de atingir seus objetivos”. (Etzioni, 1964:01).

2.1 - Abordagens teóricas no estudo das Organizações

Estudando as Teorias das Organizações, podemos observar que a partir da Revolução Industrial, no início do século XX, o crescimento da indústria aumentando a produção de bens foi o ponto de partida para a divisão horizontal do trabalho. Surgiu o triunfo da máquina, com engrenagens bem reguladas, e uma divisão do trabalho mais detalhada com uma disciplina mais rígida para os operários.

Nessa época, nasceu a Escola Clássica de Administração Científica, onde o mais famoso teórico da eficiência do trabalho, Frederic W. Taylor, fundador da “Ciência da Organização”, definiu a Administração Científica *“como sendo desenvolvimento, na direção, do método verdadeiramente científico, incluindo a seleção científica do trabalhador, a sua educação científica, o desenvolvimento e a cooperação intimamente amigável entre a direção e os operários”* (Medeiros, 1952:42).

Henry Fayol, o fundador da Teoria Clássica da Administração, contribuiu diferentemente de Taylor no estudo das organizações. Segundo Chiavenato (1993:145), o autor define organização como uma das partes da administração, abrangendo somente o estabelecimento da estrutura e da forma, sendo, portanto, estática e limitada. Ainda segundo Fayol, a palavra organização passa, então a ser usada com dois significados diferentes: organização como unidade ou entidade social, na qual as pessoas interagem entre si para alcançar objetivos específicos e organização como função administrativa (ato de organizar, estruturar).

Para Mooney, citado por Chiavenato (1993), *“organização é a forma de toda associação humana para a realização de um fim comum”*. Fayol e Mooney referem que a estrutura de uma organização pode ser reportada às estruturas militares e eclesiásticas, isto é, rígidas e hierarquizadas (Chiavenato, 1993:149).

Luther Gulick propõe que organização “*é estabelecimento da estrutura formal de autoridade, através da qual as subdivisões de trabalho são integradas definidas e coordenadas para o objetivo em vista*” (Chiavenato, 1993:156).

Chiavenato (1993) sublinha que todos os autores clássicos concebem a organização apenas em termos lógicos, rígidos, formais e abstratos, sem dar a devida importância ao seu conteúdo psicológico e social. Como crítica a esse pensamento, March e Simon (1967:46) ressaltam que “... *tratar uma organização como um simples mecanismo produz resultados não-previstos pela Teoria Clássica*”.

Chester Barnard (1971) define organização como um sistema social baseado na participação e na cooperação das pessoas para alcançar objetivos comuns. É um sistema cooperativo racional, onde as pessoas cooperam racionalmente em função de objetivos organizacionais e de objetivos individuais. Propôs elaborar uma teoria da cooperação na organização formal.

Desenvolvida por cientistas sociais como Elton Mayo, Kurt Lewin, John Dewey e outros surge uma teoria que nasceu da necessidade de corrigir a forte tendência à desumanização do trabalho nas organizações, a Teoria das Relações Humanas (Chiavenato, 1993).

Para Etzione (1964:54) dois conceitos básicos e afins, que surgiram das Escolas de Administração Científica e de Relações Humanas continuaram centrais nos estudos de organização. São os conceitos de organização formal e informal. O primeiro deriva do conjunto de fatores considerado decisivo pela Administração Científica; o último, dos

acentuados pela Escola de Relações Humanas. A organização formal refere-se, geralmente, ao padrão da organização determinado pela administração; o esquema de divisão de trabalho e poder de controle, as regras e regulamentos de salários, multas, controle de qualidade. A organização informal refere-se às relações sociais que se desenvolvem entre o pessoal ou os trabalhadores, acima e além da formal, determinada pela organização, ou às relações reais da organização, que se desenvolvem em consequência de interação entre o programa da organização e as pressões das relações interpessoais entre os participantes.

Dickson e Roethlisberger, estabeleceram que toda organização é um sistema social com duas funções principais: função econômica e social. A primeira busca o equilíbrio externo, enquanto que a segunda busca o equilíbrio interno da organização (Chiavenato, 1993:230).

Max Weber, o mais influente dos fundadores do estruturalismo, citado por E. Campos (1978) preocupou-se muito com a distribuição do poder entre as posições da organização na estrutura burocrática. Sua compreensão da mútua influencia entre o poder de controle e a capacidade de justificar seu exercício, estabeleceu o contexto a respeito da questão central da organização: como controlar os participantes, afim de elevar ao máximo a eficiência e a competência, a reduzir ao mínimo a infelicidade provocada por essa necessidade de controle.

Os estudiosos das organizações, desde Weber, têm utilizado o modelo burocrático como base para a conceituação de sistemas de inter-relações em organizações. Essa aceitação do modelo burocrático tem servido como ponto de partida para estudos de desenvolvimento e modificação da estrutura organizacional.

Motta (1986:43) afirma que mesmo que a burocracia jamais tenha merecido posição central na obra de Marx, este a percebia como um sistema fechado que é, e que não poderia deixar de ser pela sua própria essência.

Etzione (1964:54) ressalta que ao analisar a visão de “harmonia” dos autores da Escola de Relações Humanas, os estruturalistas reconheceram, o dilema da organização: as tensões inevitáveis entre as necessidades da organização e as necessidades de seu pessoal; entre a racionalidade e a irracionalidade; entre disciplina e autonomia; entre relações formais e informais; entre administração e trabalhadores ou, entre posições e divisões.

Motta (1986:62) cita que para os estruturalistas, o conflito entre grupos é um processo social fundamental, e o conflito o grande elemento propulsor do desenvolvimento.

Edgar Shein, segundo Wahrlich (1986:124) define organização, em termos de teoria de sistemas: a organização deve ser concebida como um sistema aberto, em constante interação com o meio, recebendo matéria-prima, pessoas, energia e informações e transformando-as ou convertendo-as em produtos e serviços que são exportados para o meio; a organização deve ser concebida como um sistema com objetivos ou funções múltiplas, que envolvem interações múltiplas com o meio; a organização consiste de muitos subsistemas que estão em interação dinâmica uns com os outros.

De acordo com Wahrlich (1986:174):

“Na segunda metade da década de 70 mais um enfoque de ciências administrativas chega à América Latina, o enfoque contingencial ou situacional. Esse enfoque representa, em última análise, a constatação de que continua não existindo uma teoria administrativa aplicável a todos os casos e a todas as circunstâncias. Cada um dos enfoques ou combinação de enfoques se presta melhor à análise de certa e determinada situação do que outro enfoque ou combinação de enfoques”.

Ao estudar os fenômenos organizacionais tanto do HUGG como do SUS, torna-se cada vez mais importante analisar o comportamento de tais sistemas, tendo em vista que os mesmos são mutuamente dependentes e mudanças num deles provavelmente afetará o comportamento do outro e também de outros sistemas. Toda organização existe num ambiente dinâmico que compreende outros sistemas. Por isso, o funcionamento de determinada organização não pode ser compreendido sem consideração explícita das demandas e limitações impostas pelo meio e os múltiplos elos entre a organização e seu meio.

2.2 - Modelos de Gestão nas Organizações Públicas

2.2.1 - Modelo Burocrático

“A burocracia é um conjunto de relações entre os diferentes órgãos ou seja, de papéis que são representados. Nas suas reações diante dos demais membros da organização, o funcionário não os tem como pessoas mais ou menos individualizadas, mas como representantes de cargos, com direitos e deveres especificados” (March,1975:66).

Tragtenberg (1992:220) cita que Friedrich Hegel estudou a burocracia enquanto poder administrativo e político. Hegel, procurou sintetizar na corporação, entendida como burocracia privada inacabada, e no Estado, entendida como burocracia pública acabada, as múltiplas determinações que levam à tensão entre a sociedade civil (interesse particular) e o interesse universal (Estado). Para o autor, a burocracia fundamenta-se nessa separação, aparecendo como elemento de mediação entre governantes e governados.

Para Max Weber, a forma burocrática de administração é aquela na qual *“...um homem pode ser pago para agir e se comportar de certa maneira preestabelecida, a qual lhe deve ser explicada exatamente, muito minuciosamente e, em hipótese alguma, permitindo que sua emoções interfiram no seu desempenho”* (Chivenato,1979:8).

Weber, citado por E. Campos (1978:65), revela que as organizações caracterizadas por ele como burocráticas se distinguem por uma estrutura hierárquica de autoridade, um quadro

administrativo e gratificações diferenciadas segundo o cargo. Essas características são, por isso, designadas como elementos burocráticos.

Michel Croizier define burocracia como complexo de “círculos viciosos” e escreve: *“Propomos chamar de “sistemas burocráticos de organização”, todo o sistema de organização no qual o circuito, erros - informações – correções – funciona mal e onde não pode haver, por isso, correção e readaptação rápida dos programas de ação, em função dos erros cometidos”* (Guerreiro Ramos, 1983, p.189).

De acordo com palavras de Fernando Henrique Cardoso no editorial do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado do MARE⁵ (1995:10), *“uma administração baseada nos princípios racional-burocráticos (...) ao limitar-se a padrões hierárquicos rígidos e ao concentrar-se no controle dos processos e não dos resultados, revelou-se lenta e ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o País passou a enfrentar diante da globalização econômica”*.

Para o MARE (1995:54), ainda no seu Plano Diretor da Reforma do Estado *“a forma de administração pública burocrática mesmo sofrendo do excesso de formalismo e da ênfase no controle dos processos, tem como vantagens a segurança e a efetividade das decisões”*.

⁵ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

2.2.2 - Modelo Gerencial

Surgiu como resposta , de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. Contrapõe-se à ideologia do formalismo e do rigor técnico da burocracia tradicional.

A administração pública gerencial segundo o Plano Diretor da Reforma do Estado do MARE (1995:22) *“está apoiada nos princípios do modelo anterior, da qual conserva, embora flexibilizando, alguns dos seus princípios fundamentais, como a admissão segundo critérios rígidos de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante e o treinamento sistemático”*.

Ainda segundo o mesmo Plano Diretor, a estratégia do modelo de administração pública gerencial volta-se: para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros para que possa atingir os objetivos; e, para o controle *a posteriori* dos resultados.

No plano da estrutura organizacional, tornam-se essenciais a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos, deslocando a ênfase dos procedimentos para os resultados. Inspira-se na administração de empresas, mas não pode ser confundida com esta última, pois a receita do Estado deriva de impostos, isto é, de contribuições obrigatórias, diferentemente

das empresas. Nessas, a receita depende dos pagamentos que os clientes fazem livremente na compra de seus produtos (MARE, 1995:23).

2.2.3 - Relação entre os modelos burocrático e gerencial

No modelo burocrático clássico existe uma noção muito clara e forte do interesse público. Este é frequentemente identificado com a afirmação do poder do Estado. Ao atuarem sob este princípio, os burocratas terminam por direcionar uma parte substancial das atividades e dos recursos do Estado para o atendimento da própria burocracia, identificada com o poder do Estado. O conteúdo das políticas públicas fica relegado a um segundo plano.

A administração pública gerencial nega essa visão do interesse público, relacionando-o com o interesse da coletividade e não com o aparato do Estado. Vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços. Exige formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas, incentivos à criatividade e descentralização de funções.

2.2.4 - A Gerência Estratégica e as Organizações Complexas

“Planejamento estratégico é uma conquista organizacional que se inicia a nível de mudanças conceptuais de gerência, resultando em novas formas de comportamento administrativo, além de novas técnicas e práticas de planejamento, controle e avaliação” (Motta, 1976).

Ansoff (1985) cita que a gerência estratégica se refere ao estabelecimento de objetivos e metas para a organização, procurando reforçar a idéia de processo contínuo, de inovação, de adaptação já contida no planejamento estratégico. Para Motta (1989), o tempo

estratégico, nesse cunho dinâmico, passa a ser usado para todas as funções administrativas e qualifica a própria administração.

Nessa visão é incorporado o planejamento estratégico nos diversos níveis gerenciais, constituindo processo contínuo e sistemático de tomada de decisão voltado para alternativas de futuro, em função de alterações ambientais e adequação das políticas.

Ainda segundo Motta, a gerência estratégica reforça a idéia de globalidade na perspectiva organizacional e amplia o pensamento estratégico para as áreas funcionais, ajudando assim, a eliminar ou diminuir a visão segmentada e setorial na criação do futuro organizacional; a perspectiva inadequada de se ordenar níveis de estratégia por níveis hierárquicos administrativos; e, a ênfase burocrática no sistema de planejamento.

Shanks (1989), após estudar várias organizações americanas de sucesso chegou a alguns atributos que devem possuir os líderes do amanhã:

- ter uma visão clara da missão e objetivos da organização expostos de maneira simples e consciente;
- estabelecer uma rede de comunicação que atinja a todos os níveis da organização, a fim de mostrar a todos os funcionários qual a missão da corporação.

Um dos aspectos importantes da gerência estratégica, tendo-se na mira as organizações complexas, é o levantamento das capacidades e habilidades destas instituições que precisam ser plenamente aplicadas e de seus pontos fracos que precisam ser corrigidos ou melhorados.

Segundo Etzione (1981), as organizações complexas representam um dos elementos mais importantes no contexto social das sociedades modernas. E, por serem unidades sociais, orientam-se predominantemente para a consecução de metas específicas.

Para o autor, a maioria das organizações complexas se situa entre os extremos do poder, precisando agir estrategicamente para se ajustar ao referido ambiente. Se o processo do ajuste é engenhoso, adquire importância na determinação do grau de prosperidade da organização.

Empregando o termo coalizão, Etzione (1981:185) refere uma combinação de duas ou mais organizações visando objetivos comuns. A coalizão é um recurso amplamente adotado quando duas ou mais instituições têm em mira um objetivo que exige apoio mútuo, especialmente a busca de maiores recursos, que qualquer uma delas não é capaz de conseguir isoladamente. Cita também que *“a coalizão requer um compromisso para decisão conjunta de atividades futuras e, assim, limita as decisões unilaterais ou arbitrárias”*.

As universidades promovem operações conjuntas com outras organizações educativas ou não em vários campos de pesquisa. Já os HU's, incluindo-se o HUGG, parceiros do SUS, tem a co-responsabilidade da assistência médica integral de todo e qualquer cidadão, e objetiva com a coalizão recursos para implementação de projetos e ações no campo da saúde, por meio de pesquisa, ensino e assistência.

CAPÍTULO III - Política de Saúde e a Organização do Sistema

Público de Saúde

3.1 – Antecedentes Históricos

Segundo Marinho (1996) o formato da política de saúde brasileira e de outras políticas sociais tem sido modelada por ações restritas dirigidas a uma classe claramente definida, fundamental para a consolidação de uma ordem interna de mercado.

Nessa perspectiva, para a autora, o poder público tem assumido um perfil ambivalente de atuação. Algumas vezes deixa indícios de um Estado generoso que caminha desenvolvimento da dimensão econômica à social. Outras vezes, por circunstâncias políticas, assume um papel autoritário, exercendo influência distinta sobre a sociedade. Assim, o Estado convergindo interesses acaba reforçando seu papel enquanto agente intermediador dos processos sociais.

Para falar de políticas de saúde no Brasil, é necessário conhecer a lógica do planejamento implantado ao longo do tempo. Segundo Médici (1997:21), as políticas públicas de saúde nesse século, tem sido regidas por ações que visam organizar, aparelhar, prover, regular, financiar ou subsidiar serviços de saúde pelo lado da oferta .

Até o final do século XIX, não existia no Brasil um modelo normativo de política de saúde. Como consequência, a assistência médica se dava de duas maneiras: liberal e assistencialista. Para a população que podia pagar, o modelo era o de atendimento médico

liberal e as estruturas públicas ou privadas voltadas para prover assistência médica aos mais pobres eram centradas numa filosofia assistencialista, onde recursos fiscais ou oriundos da caridade pública custeavam as ações da saúde. Para os não pagantes o atendimento se dava em hospitais filantrópicos (Costa, 1989).

No início do século XX, a primeira iniciativa no campo de ações de política de saúde se deu a partir de interesses mercantis. Nessa época, nosso país cuja economia era agro-exportadora viu-se assolado por epidemias. Então, em 1902, o presidente Rodrigues Alves, com intuito de erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar a exportação dos produtos agrícolas, lançou um programa de saneamento do Rio de Janeiro (Chioro, 2000).

Para Vilaça (1993:20) esse modelo hegemônico de saúde, o sanitarismo campanhista, significava uma visão de inspiração militar de combate as doenças de massa, *“com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social”*

A partir de 1930 o crescimento dos processos de industrialização e o fortalecimento do assalariamento trouxeram novas concepções de assistência a saúde, financiadas por contribuições sociais sobre a folha de salários. Nesse período, a questão trabalhista foi muito valorizada, atendendo às demandas do projeto de modernização do país. Para tal, o governo ofereceu um leque de políticas sociais dirigidas ao segmento assalariado, como as Caixas – CAP’s e os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP’s. Este modelo de atendimento previdencialista foi se estendendo progressivamente ao conjunto de trabalhadores formais.

Enquanto as Caixas privilegiavam a assistência médica, os IAP's tinham uma política mais contencionista, privilegiando a previdência social e mantendo a assistência médica em segundo plano (Oliveira, 1986).

Entretanto, a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a medicina privada, o amparo das instituições filantrópicas ou a desassistência (Oliveira, 1986).

A partir da segunda metade do século XX, os sistemas assistencialista e previdencialista foram se mesclando buscando reduzir as lacunas de cobertura e garantir a universalização do acesso à saúde. Nessa época foi criado o Ministério da Saúde que concentrava as suas ações em atividades de medicina preventiva e não em assistência hospitalar.

Durante o segundo governo de Getúlio Vargas e o de Juscelino Kubitschek, os IAP's ampliaram sua estrutura, construindo neste período a maioria dos hospitais públicos. Adotava-se o modelo americano de saúde, incorporando-se uma tecnologia de alto custo, favorecendo o fortalecimento das indústrias farmacêuticas e as de equipamentos hospitalares. A partir do final da década de 50, a medicina previdenciária tornava-se cada vez mais importante para o Estado.

Com a instauração da Ditadura Militar, em meados dos anos 60, incrementou-se o papel regulador do Estado, expulsando os trabalhadores do controle da previdência social. Nesta época, através do Decreto 72, de 21 de novembro de 1966, deu-se a unificação de todos os

Institutos de Aposentadorias e Pensões numa única instituição estatal : o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (Oliveira, 1986).

A criação do INPS consolidou um modelo brasileiro de seguro social e de prestação de assistência médica. Teve como desafio a uniformização de benefícios que eram bastante diferenciados entre as corporações (Eibenschutz, 1995).

As políticas de saúde no âmbito previdenciário se deram através do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social - INAMPS, e foram garantidas por aporte de recursos oriundos da contribuição de empregados e empregadores. Os maciços investimentos realizados para estruturar as ações de saúde, foram direcionados para o desenvolvimento do setor privado, subsidiado pelo Estado, para segundo Marinho (1996:6), “ser contratado como prestador hegemônico dos serviços públicos de saúde”.

Na década de 70, portanto, o modelo de política de saúde implementado era o médico-assistencial privatista, que para Vilaça Mendes (1993:29) se constituiu, do ponto de vista estrutural, de quatro subsistemas: subsistema de alta tecnologia, subsistema privado de atenção médica supletiva, subsistema privado contratado e conveniado e subsistema estatal.

Mas logo este modelo de gestão começou a apresentar graves problemas determinados por exclusão de parcelas expressivas da população, incapacidade de diminuir os indicadores sociais quanto as taxas de morbi/mortalidade, custos crescentes do modelo adotado, grave crise financeira com origem em fraudes no sistema de pagamento e faturamento, além de desvios de verbas da previdência para projetos do governo (Chioro, 2000).

O modelo de gestão implantado pelo INAMPS que era o de credenciamento de instituições privadas foi alvo de debates sucessivos sobre sua viabilidade e propriedade (Motta, 1983).

O sistema de credenciamento privado e remunerado por Unidades de Serviço gerava dilemas sérios quando analisado do ponto de vista da administração pública da saúde. A privatização da decisão e implementação da assistência médico-hospitalar era feita com recursos públicos e pouco controle e opção dos patrocinadores, o público-cliente, favorecendo implicitamente grupos de interesse privados na decisão e ação sobre a assistência médico-hospitalar (Motta, 1983). Cabia ao Estado organizar a oferta para os segmentos excluídos. A saúde da população atendia ao conceito econômico de bem público, não cabendo que sua oferta fosse estruturada através de segmentos privados (Médici, 1997).

Médicos e hospitais privados fizeram investimentos em instalações e equipamentos que geraram benefícios privados, com dinheiro público, já que podiam decidir, por iniciativa própria, o volume e a natureza da utilização das instalações e equipamentos.

Deve-se ressaltar que a política de saúde brasileira nesse período caracterizava-se pela dualidade de comando, com oferecimento simultâneo de serviços pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde (Marinho, 1996). O primeiro, com ações de assistência médica curativa, enquanto que o segundo implementava ações de natureza preventiva.

Com o intuito de corrigir distorções crônicas que afetavam a política de saúde, institucionalizou-se através da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde. Este legitimava as diretrizes do comando único por esfera de governo, descentralizando ações e serviços, com equidade e integralidade no atendimento e, participação social. Consolidava-se, assim, as aspirações e lutas de um movimento sanitário que amadureceu em intensas discussões levadas à efeito nos anos 80, o Movimento Sanitário.

O SUS, foi delineado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8080 e 8142 e pelas Normas Operacionais Básicas – NOB's.

Como características inovadoras desse sistema de saúde destacam-se:

- a construção de novo modelo assistencial;
- a descentralização com a municipalização da gestão;
- a definição da responsabilidade sanitária de cada esfera de governo;
- a instituição do mecanismo de transferência regular e automática fundo a fundo de recursos financeiros entre os gestores das três esferas de governo em substituição à modalidade de pagamento por produção de serviços;
- a NOB-91, que equipara os prestadores públicos aos privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos por pagamento pela produção de serviços;
- a NOB-93, que institui a condição de gestão semiplena, onde os municípios assumem a responsabilidade da organização e administração do sistema municipal de saúde;

- a NOB-96, que institui a condição de gestão plena para estados e municípios, com a ampliação da modalidade de transferência fundo a fundo dos recursos federais para as esferas estaduais e municipais;

- a ampliação do processo de discussão democrática das prioridades das políticas de saúde;

- a participação comunitária e o controle social institucionalizados e exercidos através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, ambos em âmbito municipal, estadual e nacional (CONASS, 1999).

O SUS tem como responsabilidade ampliar a cobertura de atendimento à população alterando a ênfase dispensada às ações curativas e individuais em detrimento de ações de caráter coletivo, de saúde pública. Tem vivificado inúmeros problemas no seu processo de implementação de ações, como sérios problemas de financiamento, resistência a descentralização e desequilíbrio organizacional (Marinho, 1996).

3.2 - O marco referencial da Reforma do Modelo de Política de Saúde no Brasil

Oliveira (2000) ressalta que o primeiro marco deste movimento se deu em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Neste encontro destacou-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, (representante do Movimento Sanitário), que apresentou e discutiu publicamente, uma nova proposta de reestruturação do sistema de saúde.

Formado por intelectuais, profissionais da saúde, usuários do sistema de saúde e parlamentares, este movimento social buscava uma alteração do modelo de assistência médica a partir da integração das ações e de uma concepção que superasse a visão clínica de atenção à saúde considerando a determinação social da doença, ou seja, que ultrapassasse o caráter individual da doença, levando-se em conta seu caráter coletivo. Um modelo assistencial capaz de responder às demandas, democrático e que garantisse acesso universal aos serviços médicos no meio urbano e rural.

Segundo Fleury (1994:46), um movimento, surgido no interior das escolas de medicina nos anos 70 como revisão crítica do “paradigma clínico” buscava a alteração do modelo de assistência médica previdenciária da época, enfocando questões tais como a *“regionalização dos serviços, hierarquização do atendimento, racionalização de recursos, delegação de funções, etc.”*

Conceitos voltados para a *“construção de uma nova forma de se entender e praticar a saúde no Brasil”*, como a universalidade de atendimento, passaram a ser internalizados e expandidos e este movimento social, segundo a autora (Fleury, 1994:46), passou a incluir *“um conjunto diversificado composto por intelectuais, pela burocracia da saúde, por jovens profissionais, alguns parlamentares, e, finalmente, pelos usuários do sistema que iniciava seu processo de aglutinação em movimentos populares”*.

O Movimento Sanitário teve como objetivo a defesa dos direitos sociais para além dos marcos setoriais da saúde. Foi a união de diversos indivíduos grupos e inserções, num projeto que visava mudanças sociais e a construção de um novo modelo *assistencial* *“... a*

partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis - a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)” (Carvalho, 1994:43). Esteve presente no processo de formulação e implementação das políticas de saúde e nas “práticas das diversas modalidades de participação em saúde sempre na perspectiva crítica ao sistema hegemônico” (Carvalho, 1994:49).

Segundo Escorel (1995):

“Ao longo do processo de ‘distensão lenta, gradual e segura’, o movimento sanitário foi construído a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos num processo semelhante e integrado ao que ocorreu com os demais movimentos sociais no Brasil: a reativação da sociedade civil” (Escorel, 1995:136).

Ainda, segundo a autora (1995:153),

“Quando, em 1979, teve início o último governo militar, o movimento sanitário representava-se organizado e, ainda que inicialmente marginal, era reconhecido como um dos interlocutores presentes na arena política setorial. Entre 1979 e 1985, numa nova etapa, o movimento sanitário conseguiu penetrar nas instituições estatais com o objetivo de tentar implementar suas estratégias para mudar a direção da política e assim privilegiar o setor público”.

Fleury, citada por Paim (1997:14) sugere um novo paradigma para esse movimento:

“Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina

mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento”.

Ressalta, ainda, a autora:

“Sob a bandeira Saúde é Democracia, o Movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, alcançando ser, ao ter início o processo de redemocratização, um ator político impossível de ser ignorado, ter formado quadros técnicos que estavam aptos a assumir a condução das instituições e políticas, ser portador de um projeto de referencia setorial amplamente acordado” (Fleury, 1994:46-7).

De acordo com Escorel (1995), tal movimento era constituído por uma base institucional, um órgão de representação e difusão, mecanismos de produção de seus agentes, um marco teórico referencial e um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde. Descreve, portanto, os elementos constitutivos do movimento:

- “a) uma base institucional que foi sendo ampliada dos Departamentos de Medicina Preventiva - DMPs para as Residências e pós-graduações, posteriormente extrapolando o mundo acadêmico e penetrando nas instituições prestadoras de serviços e até mesmo o INAMPS;*
- b) um órgão de representação e difusão, representado pelo CEBES⁵, com a revista ‘Saúde em Debate’, a linha editorial e os documentos lançados por esta entidade, que na conjuntura seguinte (‘os anos Figueiredo’) teria a*

⁵ Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.

ABRASCO⁶ como instituição irmã nessa tarefa de representação e divulgação;

c) mecanismos de produção de seus agentes, seus intelectuais orgânicos, através dos núcleos acadêmicos espalhados pelo país formando pessoas com a mesma abordagem do campo da Saúde - a abordagem médico-social - e com a mesma postura política frente à necessidade de transformação no setor;

d) um marco teórico referencial permanentemente construído e colocado em prática, e que representa o código de identificação entre os componentes desse movimento;

e) um modelo alternativo de organização dos serviços de Saúde e de institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, formulado através de estudos teóricos e da experiência dos projetos institucionais” (Escorel, 1995:136-7).

As aspirações e lutas do Movimento de Reforma Sanitária, desenvolvidas e amadurecidas em discussões realizadas nos anos 80, tais como as diretrizes de comando único por esfera de governo; descentralização de ações e serviços; equidade e integralidade no atendimento; e, participação social foram legitimadas com a institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988, após longo caminho percorrido pela política de saúde brasileira, que historicamente era caracterizada pela distribuição restrita de benefícios e pela dualidade de comando, com oferecimento simultâneo de serviços pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, até se estruturar como um sistema único e universal (Marinho da Silva, 1996:10).

⁶ Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Como após a ditadura o setor saúde encontrou propostas articuladas e alternativas, além de quadros político-técnicos articulados com estas e que ocuparam postos chave em cargos do governo, foi realizada em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, precedida de pré-conferências municipais, estaduais e de profissionais do ramo e com ampla participação da sociedade civil (Carvalho, 1994).

“Na VIII Conferência Nacional de Saúde (...) foram estabelecidas as condições para assegurar com mais eficácia o direito à saúde. Com este intento, foi apresentada proposta à Assembléia Nacional Constituinte, em 1988, baseada no consenso de que a mudança na política de atenção à saúde, para ser alcançada, deveria ser precedida de políticas que garantissem a transformação das relações entre o setor público e privado; a descentralização das operações; o controle e avaliação dos serviços; a otimização da rede pública, o estabelecimento de fundos de gestão financeiros nas três esferas de Governo; o desenvolvimento de canais efetivos de participação da sociedade; e a universalização do acesso aos serviços no meio urbano e rural” (Marinho da Silva, 1996:52-3).

Com a participação dos Ministérios da Saúde e da Previdência, foi fundamental a pressão exercida pelo Movimento de Reforma Sanitária, cujos integrantes, na ocasião, ocupavam importantes cargos nas instituições federais do Governo Sarney, para institucionalizar a nova política nacional de saúde, através das proposições da VIII Conferência. Com este objetivo, e a partir das conclusões e recomendações desta Conferência, foi criada, por decreto, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS – que, em março de 1987, encaminhou a proposta do novo modelo à Assembléia Constituinte. Para acelerar o processo, conter as demandas por prestação de serviços e como uma etapa intermediária à implantação definitiva do SUS foram instituídos, também por Decreto (nº 94.657 de

20/07/88), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS nos estados brasileiros (Marinho da Silva, 1996:54). A CNRS conseguiu introduzir na Constituição Federal de 1988 importantes mecanismos para a transformação do Sistema Nacional de Saúde, adotando os princípios de universalidade e equidade no atendimento à saúde (Marinho da Silva, 1996:60).

Nesta Conferência é proposta a Reforma Sanitária, cujo conceito, segundo Fleury, está:

“referido ao processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (Fleury, 1994:45).

Tal proposta foi sendo modificada, ao longo do processo de formulação e tentativas de implementação, e suas preocupações passaram a situar-se na reorganização dos serviços, na gestão das unidades, em programas alternativos de atenção, acentuando-se com o SUDS (1987) e com a criação constitucional do Sistema Unificado de Saúde (1988) (Escorel, 1995:154), que buscou corrigir as distorções da política de saúde através da ampliação da cobertura de atendimento e alteração da ênfase dada às ações curativas e individuais (Marinho da Silva, 1996:10).

3.3 - A mudança no enfoque de políticas de assistência à saúde

Como já foi dito, até meados da década de 80, a política nacional de saúde esteve orientada para um tipo de atendimento que privilegiava a assistência médica curativa individual em detrimento das ações preventivas coletivas, segundo um modelo de assistência dual desenvolvido simultaneamente, e sem articulação, pelos Ministérios da Previdência e de Assistência Social e da Saúde, promovendo a dispersão das ações e serviços de saúde, ao longo dos anos.

Em 1988, com a nova Constituição Federal, foi instituído o Sistema Único de Saúde, regionalizado e hierarquizado tendo como principais diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade (Art.198):

“As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade”(CF, 1988: Art.198).

Tal Constituição, em seu artigo. 196 estabeleceu, também, que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem, a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (CF, 1998).

De acordo com Marinho da Silva, universalidade está referida à extensão pelo Estado dos direitos à saúde a todos os cidadãos, como um direito de cidadania, garantindo o acesso indiscriminado aos serviços públicos ou privados, enquanto a concepção integral procura garantir melhor qualidade de vida, com menor degradação, garantindo a extensão dos serviços de saúde, em toda a sua complexidade tecnológica, a todos os indivíduos residentes em áreas urbanas ou rurais do país. Como um conjunto de ações articuladas e contínuas, a integralidade de assistência rompe com a dicotomia entre as ações de caráter curativo e preventivo; individuais e coletivas, superando a ênfase na assistência médica, e o acesso universal e igualitário promove a equidade na medida em que rompe com a discriminação assistencial (Marinho da Silva, 1996:102).

Fleury destaca que, a Constituição de 1988 rompe com o modelo existente - excludente e iníquo - e assume os direitos sociais como universais, “atributos da cidadania a serem garantidos pelo Estado” (Fleury, 1994:44). Consagra a noção de saúde como direito e dever do Estado, além de introduzir o princípio da equidade - desvinculando a proteção da contribuição pretérita - e da universalidade. Além disso, o SUS foi organizado a partir dos princípios da unificação, descentralização e participação (Fleury, 1994:47).

A partir da nova Constituição, várias iniciativas institucionais foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se no âmbito jurídico institucional, as Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8080/90 e 8142/90), o decreto Nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996 (MS, 1996: NOB 01/96). Portanto, além do artigo 198 da seção II da Constituição de 1988, é importante

enfocar também, as Leis Orgânicas e as Normas Operacionais Básicas da Saúde a partir da criação do SUS, marcos jurídicos-legais do atual sistema de saúde.

Com a Lei Nº 8080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega os serviços estatais de todas as esferas e os serviços privados contratados ou conveniados e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

A direção do SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

“I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente”.

É extremamente relevante que se explicita a forma de classificação das condições de gestão dos municípios, elaborada com a finalidade de estimular a descentralização gradual, definida nas NOB/93 e NOB/96. Na primeira, as condições de gestão foram classificadas em gestão incipiente, parcial e semiplena, sendo esta última, no momento em que foi editada esta NOB, a condição mais satisfatória perante o Ministério da Saúde e, que além de receber mais recursos estes vêm direto do Fundo Nacional da Saúde. Já na NOB/96, atualmente em vigor, foram instituídas as condições: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

De acordo com a NOB/93, a condição de gestão incipiente é aquela em que o credenciamento, controle e avaliação dos serviços de saúde contratados, assim como programação, avaliação e controle das ações são de responsabilidade do município. Para se enquadrar nesta modalidade o município deve implantar o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde ou conta especial.

Na gestão parcial, a diferença entre os recursos financeiros que foram empregados para o custeio da rede e os tetos estabelecidos para os gastos, passam a fazer parte do orçamento municipal, *“podendo ser empregados para reformulação do modelo assistencial, reforçando as ações de caráter coletivo com intensificação das atividades de vigilância sanitária e epidemiológica”* (Marinho da Silva, 1996:66). Para que o município se enquadre nesta modalidade, além da existência dos Conselhos e Fundos de Saúde, devem participar das Conferências de Saúde, elaborar planos e relatórios de gestão, criar comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários -PCCS, alocar recursos próprios para a realização de ações de saúde e encaminhar à Comissão Bipartite relatório sobre a gestão com versão atualizada do Plano Municipal de Saúde (Marinho da Silva, 1996:66).

A gestão semiplena, por sua vez, atribui total responsabilidade do gerenciamento do sistema ao Município. Os repasses financeiros são efetuados de acordo com o teto estabelecido para o custeio da rede ambulatorial e hospitalar e sem intermediação. Os municípios devem apresentar à comissão Bipartite um plano de compromisso, com os balancetes financeiros do Fundo Municipal de Saúde, atas das reuniões do Conselho Municipal, percentual dos recursos do tesouro municipal alocados em saúde e garantia da

implantação do sistema de informações para o controle e avaliação dos serviços prestados (Marinho da Silva, 1996:67).

A partir da NOB/96, os municípios que não se habilitarem a uma das duas condições de gestão por ela instituídas, permanecem na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado (MS, 1996:20).

Segundo o Ministério da Saúde as responsabilidades do Município na Gestão Plena da Atenção Básica são:

“elaboração de programação municipal dos serviços básicos e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar; gerência de unidades ambulatoriais próprias, do estado ou União; reorganização das unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS; prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB (Piso de Atenção Básica) e acompanhamento dos demais serviços prestados aos seus munícipes; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB; operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB; autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços; manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão; avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre seu meio ambiente; execução das ações básicas de vigilância sanitária e de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas; elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS” (MS, 1996:20-1).

Para se habilitar nesta modalidade de gestão, o município deve comprovar o funcionamento do CMS e a operação do Fundo Municipal de Saúde; apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação do Programa de Pactuação Integrada – PPI do Estado, como da alocação de recursos expressa na programação; comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para a contratação, o pagamento, o controle e a auditoria dos serviços sob sua gestão; comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal; dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados; comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica e a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados (MS, 1996:21).

Os municípios habilitados recebem transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica -PAB, ao Piso Básico de Vigilância Sanitária - PBVS e às ações de epidemiologia e de controle de doenças e possuem todas as unidades básicas de saúde estabelecidas no território municipal subordinadas à sua gestão (MS, 1996:21).

Além das mesmas responsabilidades dos municípios que estão na categoria de gestão descrita acima, as do Município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal são: elaboração de toda a programação municipal; gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, do estado ou União; garantia da prestação de serviços em seu

território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes e dos demais serviços prestados aos seus municípios; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares; administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade; operação do Sistema de Internação Hospitalar – SIH e do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas (MS, 1996:22).

Além dos requisitos exigidos para a outra modalidade, os municípios que estiverem na Gestão Plena do Sistema Municipal devem avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios; apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado; comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses; apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS; assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas; comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (MS, 1996:23).

Os municípios habilitados a esta modalidade de gestão recebem também a transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência -TFA; normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território; transferência, regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária -PBVS; remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária -PDAVS, quando assumido pelo município e transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças. O conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares estabelecidas no território municipal são subordinadas à gestão municipal (MS, 1996:23-4).

3.4 – A organização institucional do sistema público de saúde

O sistema de serviços de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca os segmentos público e privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos três níveis de governo, que no nível federal são o Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), os Hospitais Universitários do Ministério da Educação e os serviços próprios das Forças Armadas. O nível estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios das respectivas instâncias (OPAS/MS, 1998).

Nessa abordagem, analisar-se-á o SUS, o Hospital Universitário e o HUGG enquanto organizações pública de serviços de saúde, visto que são os objetos desse estudo.

3.5 - O Sistema Único de Saúde:

3.5.1 - Condução, regulação e provisão de seus serviços

Como foi mencionado anteriormente, o SUS, foi delineado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde – LOS n.º 8080/90 e n.º 8142/90 e pelas Normas Operacionais Básicas – NOB's, editadas em 1991, 1993 e 1996 (MS, 2000, NOB 01/96), marcos jurídicos-legais do atual sistema de saúde.

Conforme a LOS n.º 8080/90, é objetivo do SUS a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas (artigo 5º, inciso III).

A Lei n.º 8142/90, complementa os dispositivos legais institucionalizados para a implantação do SUS, dispondo sobre a participação da sociedade no processo de gestão do sistema e as transferências intergovernamentais de recursos orçamentários para o financiamento da saúde (MS, 1990). Refere essa lei no seu artigo 1º que em cada esfera do governo o SUS conta, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Essa lei dispõe sobre a participação dos Conselhos de Saúde⁷ na gestão do SUS, tendo como principais funções a formulação de estratégias para a operacionalização das políticas

⁷ Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, compostas por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

setoriais e o controle da execução das políticas e ações de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A criação de mecanismos de controle social, através da participação direta da população na formulação, gestão e acompanhamento da política é uma das formas previstas no SUS para a democratização do Sistema de Saúde. Esta participação deve se dar, em cada esfera de Governo, através da Conferência de Saúde, que tem por finalidade a avaliação da situação de saúde da população e a definição de diretrizes para a política de saúde em seu nível de Governo, e do Conselho de Saúde, de caráter paritário, fundamental para o controle e fiscalização das ações do SUS.

Como órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, o Conselho de Saúde deverá ser formado por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e tem como principal atribuição atuar na formulação de estratégias e no controle da política nacional de saúde e suas deliberações devem ser homologadas pelo dirigente local do sistema, principalmente as de caráter normativo. Portanto, nos termos das leis nº. 8080/90 e 8142/90, a direção do SUS é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde.(Marinho da Silva, 1996:79/80).

A nível federal, o Conselho Nacional de Saúde foi criado pelo Decreto 99.438/90 atendendo às disposições da Lei 8.142/90, e desde então tem funcionado regular e sistematicamente.

Portanto, nos termos das LOS n.º. 8080/90 e n.º 8142/90, a direção do SUS é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivos Conselhos de Saúde.

As NOB's se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste sistema, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS (MS, 2000). Atualmente está em execução a NOB 01/96, que tem como finalidade primordial consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, das funções de gestão e de gerência da prestação de serviços aos seus habitantes, e que define a responsabilidade gestora do SUS em cada nível de governo.

A NOB 01/96 promove, também, o processo de descentralização da gestão, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios, desvinculados da remuneração por serviços prestados. Além disso, fortalece os processos de gestão compartilhada entre os governos federal, estaduais e municipais, por intermédio das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, como espaços permanentes de negociação e pactuação.

A NOB 01/96 cria um mecanismo de programação a PPI: *“que envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas do governo”*

No capítulo referente à direção e articulação do SUS a NOB 01/96 especifica que como instâncias colegiadas de negociação e decisão sobre a operacionalização do SUS e de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, foram instituídas a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite -CIB. A primeira, de âmbito federal, é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde -MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. A segunda, de âmbito estadual, é integrada, igualmente de forma paritária, por representação da Secretaria Estadual de Saúde -SES e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o secretário de saúde da capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na Tripartite e na Bipartite são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, da NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas no prazo máximo de 15 dias de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão (MS, 1996: 9).

Com relação ao custeio da assistência à saúde a NOB 01/96 referenda que:

“Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial (...), configuram o TFA⁸ e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos”.

Quanto às fontes de financiamento do SUS a NOB 01/96 determina que:

“é de responsabilidade das três esferas de governo e que cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos. Ao respectivo fundo de saúde”.

3.5.2 - Organização dos Serviços de Saúde do SUS

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios:

- a) Universalidade - que é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Segundo a Constituição de 1988, saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.
- b) Equidade – é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
- c) Integralidade – é o reconhecimento de que *“O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”* (MS, 1990).

8-Teto Financeiro de Assistência

No modelo de atendimento do SUS a universalização promovida tem sido caracterizada como excludente na medida em que a absorção de camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direitos ao setor privado, ou seja, a universalização efetivou o direito social à saúde, por torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população (Eibenschutz, 1995).

O acesso dos segmentos expulsos à atenção privada foi possibilitado pela expansão de mecanismos de financiamento através de planos de saúde individuais, planos de seguro de grupos contratados pelas empresas para seus empregados, e caixas próprias das empresas estatais. Neste processo, os planos de seguro de grupo com a participação financeira das empresas que pagam planos básicos para todos os seus empregados têm possibilitado o acesso, inclusive, de grupos populacionais de baixa renda a este subsistema privado, através de seus empregados menos qualificados (Eibenschutz, 1995:183).

Assim, paralelamente aos avanços legais da Constituição Federal e a criação do SUS, visando a universalização do direito à saúde, gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que reciclou o modelo médico-assistencial privatista através de inovações financeiras viabilizadoras do acesso de importante parcela da população ao sistema privado de atenção, os seguro saúde (Eibenschutz, 1995: 183).

Atualmente o modelo de assistência à saúde é uma mistura de sistema público e privado. O sistema privado ou de assistência médica supletiva está voltado para as classes médias e

trabalhadoras integrantes do mercado formal que têm acesso aos planos de saúde. Está conformado nas seguintes modalidades de financiamento: medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de administração, sistemas próprios das empresas e seguros saúde.

Este setor abarca hoje cerca de 40 milhões de pessoas. Caracterizam-se por padrões distintos de atendimento diferenciado conforme a capacidade de pagamento dos indivíduos, e geralmente não cobrem ações de maior complexidade relativas a doenças crônicas e degenerativas. A medicina supletiva presta apenas assistência médica individual, não realiza ações de caráter coletivo, e não oferece serviços qualificados para o atendimento de grandes emergências. Atualmente existem 41.339 empresas de planos de saúde registradas e 36.036 em atividade no país (ANS, 2000).

A organização do SUS se baseia nos seguintes preceitos:

- a) Regionalização e Hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida.
- b) Resolutividade – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.
- c) Descentralização – é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo

municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Dentro deste princípio, deverá haver um reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade das ações de saúde diretamente voltadas os seus cidadãos.

- d) Participação dos Cidadãos – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.
- e) Complementaridade do Setor Privado – a Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, a instituição deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; devendo dar-se preferência aos serviços não lucrativos e, que a integração dessas instituições privadas se dê na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Seguindo esses princípios, a organização de um sistema local de saúde, orientado pelos municípios, regionalizado e hierarquizado, conta com unidades de saúde distribuídas segundo diferentes níveis de complexidade de serviços. Temos, então, os Postos e os Centros de Saúde que são unidades de atendimento de nível primário, destinadas a prestar assistência à saúde na área de atenção básica. Os Postos de Saúde não dispõe de profissionais de nível superior no seu quadro permanente, sendo a assistência prestada por uma equipe de nível médio ou elementar, com supervisão e apoio dos Centros de Saúde de sua articulação.

Os Centros de Saúde contam com uma equipe interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com seu tamanho e capacidade resolutiva.

Ainda, segundo os preceitos do SUS, os hospitais locais e regionais, são estabelecimentos de saúde de nível secundário de assistência. Destinados a prestar assistência médica em regime de internação e urgência, nas especialidades médicas básicas, associadas àquelas consideradas estratégicas, para uma população de área geográfica básica, recebendo pacientes referidos dos Centros de Saúde de sua área delimitada.

Já os hospitais especializados são os de nível terciário de assistência, isto é, destinados a prestar assistência médica especializada, de alto grau de complexidade, em regime de internação, aos pacientes referidos das áreas de menor complexidade do sistema de saúde.

Nesse contexto, o Hospital Universitário encontra-se enquadrado como uma unidade de atendimento integral à população de nível terciário, num mecanismo de referência e contra-referência. Entretanto, atende, também, como unidade de nível primário e secundário, devido a uma demanda espontânea de uma população que anseia por um atendimento de qualidade. Além disso, produz através da Pesquisa e Extensão Universitárias, programas para prevenção e recuperação de doenças, constituindo-se, assim, uma organização complexa.

CAPÍTULO IV- O Hospital Universitário enquanto Organização

Como já foi dito, anteriormente, os homens lutam por sua sobrevivência, criando e desenvolvendo organizações. Para encontrar soluções para seus problemas, eles criam novas organizações ou contribuem para as já existentes, com o intuito de encontrar melhores soluções para os problemas com que se defrontam.

Dentro desse contexto, os homens em sociedade se organizaram, constituíram o Estado, que, por sua vez, para implementar políticas públicas, regulamentou outras organizações. Dentre as organizações do sistema de saúde, estão os HU's, nos seus vários níveis e graus de complexidade.

O Hospital Universitário no enfoque organizacional não pode ser visto apenas como um espaço físico, mas como algo dinâmico, que prima pela qualidade social. Um espaço de preservação e recriação de idéias, soluções, de sistematização de múltiplas experiências, de produção conjunta e práticas que possibilitam uma formação crítica e, portanto, comprometida com o processo de emancipação de seus funcionários.

Pensar as funções do HU enquanto organização, hoje, exige refletir sobre as relações que estabelece com seus trabalhadores e com a sociedade, no que se refere a questões que vão desde seus valores passando pela forma de administração adotada.

Thompson (1976:41-2) ressalta que nenhuma organização é auto-suficiente. O autor reflete sobre o exemplo da tecnologia necessária para tratar de um doente, no caso do hospital que, hoje, conta com uma série de organizações que tem como responsabilidades, por exemplo, o preparo de medicamentos, as que abrigam o ensino médico e de áreas voltadas à saúde, as que produzem aparelhos cirúrgicos e de RX, as tecelagens e inúmeras outras. Os hospitais variam suas atividades essenciais, mas nenhum é auto-suficiente.

Segundo o Ministério de Educação - MEC, *“Os hospitais universitários são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais”* (MEC, 2000).

Decorrente das várias denominações dadas para os hospitais que respondiam pela formação de recursos humanos na área da saúde, o MEC, através da Portaria n.º 111, de 23/03/84 uniformizou a designação para os hospitais de ensino, ficando assim discriminados:

- *“Hospital Universitário - o hospital de propriedade da universidade pública ou privada, ou a ela vinculado por regime de comodato, devidamente registrado;*

-*Hospital-Escola – hospital de propriedade de escola isolada, pública ou privada;*

-*Hospitais Auxiliares de Ensino – hospitais que não são propriedade de universidade ou de escola médica, nos quais, entretanto, são desenvolvidos*

programas de treinamento em serviço de cursos de graduação ou de pós-graduação da área de saúde;

-Hospital próprio da Rede Federal – hospital de propriedade de universidade federal ou de escola médica isolada federal;

-Hospital de Ensino – denominação aplicável ao conjunto dos hospitais universitários, hospitais-escola, hospitais auxiliares de ensino e de hospitais próprios da rede federal”.

Elemento importante no processo de educação médica, o Hospital Universitário representa um dos campos em que se desenvolve o ciclo profissional do curso médico de graduação, no Brasil. Tratando-se de instituição hospitalar, tem por sua natureza importância política e estratégica, dentro do sistema de saúde, simultaneamente, como formador de recursos humanos para a saúde, prestador de serviços assistenciais e produtor de conhecimento.

Como organização contemporânea representa entidades complexas por fazerem parte de universidades apresentando uma dinâmica social, política e econômica acrescida por mudanças radicais e abruptas impostas pelas revoluções científica e tecnológica e pelas reivindicações constantes de modelos de gestão mais flexíveis.

Como traço de organização é um sistema aberto, permeável às múltiplas interações envolventes, não apenas em vista da estrutura interdisciplinar interna, como também em função do próprio Estado e da sociedade.

Ribeiro (1993:29) ressalta que além da missão de prevenção, tratamento e recuperação da saúde com rigor científico, o HU incorpora varias outras. Ele é um aparelho formador de profissionais em permanente qualificação, independentemente de ser, *stricto sensu*, uma escola. Para o autor, ao qualificar técnicos, ele simultaneamente qualifica e avaliza tecnologias.

Ainda segundo o autor, o HU também é uma empresa que realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta e indiretamente. A incorporação e o uso de tecnologias implicam investimentos e custos elevados, nem sempre com retorno lucrativo, posto que como hospital de ensino, seu investimento é na qualidade de atendimento tanto à graduandos da área da saúde como à população que o procura.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS, 8080/90, em seu capítulo III, do Planejamento e do Orçamento, artigo 45, dispõe que:

“os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que sejam vinculados”.

Com relação ao financiamento os HU's contam, hoje, com o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS. Este, foi criado pela Portaria MS/SNAS, n.º 15, de 08 de janeiro de 1991, com o objetivo de definir ações específicas para os HU's estabelecendo normas de incentivo ao ensino e a pesquisa (MS, 1991).

CAPÍTULO V - O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

5.1 – Histórico

O Hospital Gaffrée e Guinle - HGG, situado na Tijuca, bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, foi um presente dado à população do então Distrito Federal por dois ricos empresários: Cândido Gaffrée e Guilherme Guinle. Ao morrer, Gaffrée deixara entre seus papéis uma anotação manifestando a intenção de destinar três mil contos de reis à criação de uma instituição de defesa da saúde pública no Rio de Janeiro.

Em 1923, seu amigo Guinle resolveu levar adiante a empreitada, criando uma fundação de combate às doenças venéreas, à qual doou um terreno de 18 mil metros quadrados no n.º 775 da Rua Mariz e Barros. Ali seria erguido o hospital.

Ao ser inaugurado, no dia 1 de novembro de 1929, o Hospital foi denominado Fundação Gaffrée e Guinle, e era o maior e mais moderno da então Capital Federal, com seus 450 leitos distribuídos por doze enfermarias e quartos particulares, ambulatórios para 1000 atendimentos diários, doze salas de cirurgia e duas salas de parto.

Ao longo dos anos 30 e 40, o HGG tornou-se centro de tratamento e pesquisa de doenças venéreas, tornando-se vitorioso no combate à proliferação da sífilis.

Em 1947, o Serviço Nacional de Câncer ocupou duas de suas enfermarias e um de seus ambulatorios e, mais tarde, construiu seu próprio bloco cirúrgico no terreno do Hospital.

Em 1959, a Escola de Medicina e Cirurgia mantinha 100 dos seus leitos.

Em janeiro de 1963, um decreto (n.º 53.335) do então presidente João Goulart desapropriou-o com o objetivo de incorporá-lo à Escola de Medicina e Cirurgia. Mas, foi somente em janeiro de 1966, que a Escola de Medicina e Cirurgia receberia o HGG, e a partir daí, a história e a área física dessa Escola confunde-se com a do Hospital.

Em 1968, esse Hospital foi então, denominado Hospital de Clínicas Gaffrée e Guinle - HCGG, passando por uma grande reforma para se adaptar às novas finalidades de Hospital de Ensino, e em 1976 passou a ser denominado Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG (Anais, 1999).

Nessa ocasião, o Hospital dispunha de quarenta quartos particulares, 330 leitos de enfermarias e 50 salas para atendimento ambulatorial. Oferecia Serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Cardiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Laboratório e Centro Radiológico.

Em 17 de março de 1982, foi assinado o convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, para atender aos segurados da Previdência Social. Para viabilizar esse convênio, o Ministério da Educação autorizou a contratação de recursos

humanos e com tais recursos duplicou o orçamento do Hospital. Sua administração foi modernizada e seu corpo de enfermagem tornou-se um dos melhores do Rio de Janeiro.

A partir do decreto da Lei n.º 8689 de 27 de julho de 1993, com a extinção do INAMPS, o HUGG foi incorporado ao SUS (Legislação Federal, 1993) tornando-se conveniado na prestação dos serviços de saúde deste novo sistema.

5.2 - Princípios e finalidades

O HUGG tem personalidade jurídica e pública federal e é parte integrante da Universidade do Rio de Janeiro - UNIRIO. É classificado como hospital de nível terciário, dando assistência a pacientes portadores de patologias complexas que são encaminhados aos serviços especializados por mecanismos de referência e contra-referência. Atende, também, a demanda espontânea de clientes à nível primário e secundário de assistência à saúde, por meio de convênio de prestação de serviços ao sistema público de saúde, com programas de prevenção de várias patologias, atuando com equipes interdisciplinares, realizando trabalhos de pesquisa e extensão com a sociedade.

Seus objetivos didáticos estão voltados primordialmente ao ensino de graduação das Unidades que compõem a Escola de Medicina e Cirurgia, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, a Escola de Nutrição e a Escola de Ciências Biológicas (modalidade biomedicina).

No campo da pesquisa, o hospital pioneiro na assistência médica e pesquisa da AIDS, além de programas próprios, tem decisiva participação nos campos da pós-graduação *latu sensu* e estágios programados.

Sua missão é prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão.

A partir da década de 90, o HUGG tornou-se um hospital conveniado ao SUS, tornando-se seu parceiro na prestação dos serviços de saúde. Este convênio determinou um aumento progressivo da demanda pelos serviços prestados, além de submeter o hospital a restrições de remuneração, causando-lhe inúmeros estorvos, desconsiderando as particularidades dos programas didáticos de ensino e pesquisa que necessitam de liberdade de atuação dos docentes.

5.3 – Objetivos regimentais:

O HUGG, Órgão Suplementar da Universidade do Rio de Janeiro, é diretamente subordinado à Reitoria, com autonomia administrativa e financeira, nos termos da legislação vigente, do estatuto e do regimento da universidade.

O HUGG tem por finalidades o desenvolvimento harmônico da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, colocando o paciente como centro de todas as atividades e objetivando, especificamente:

- estender as ações universitárias à população, atuando como hospital de referência e de apoio, por meio de aplicação de medidas de promoção, proteção e recuperação da

saúde, integrando-se ao sistema de saúde vigente e atuando como pólo de atração e irradiação de programas e projetos que visem à saúde enquanto direito de cidadania;

- servir de campo de integração estudo-trabalho, de ensino, pesquisa e extensão a todos os profissionais da área de saúde e afins;

- contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde através de programas de educação continuada;

- atuar como hospital de referência e de apoio, com destaque para as ações de promoção e recuperação da saúde em nível primário, secundário e terciário, associado às instituições e aos serviços existentes na área, em conformidade com o sistema de saúde vigente;

- implementar atividades de pesquisa, desenvolvimento de processos e produtos tecnológicos apropriados à melhoria dos padrões assistenciais e ao aperfeiçoamento do trabalho em saúde;

- demonstrar um modelo de ações integrada de organização e administração de serviços hospitalares, fundamentado no trabalho interdisciplinar e na co-responsabilidade das gestões interinstitucionais (Regimento Interno,1990).

5.4 - Estrutura administrativa

O HUGG, segundo sua estrutura organizacional, está composto de três níveis administrativos: superior, intermediário e operacional.

No nível superior, estão o Conselho Técnico-Administrativo, a Superintendência Médica, de Enfermagem e Administrativa. O nível intermediário está composto pelas Divisões de áreas, enquanto que o operacional pelas Chefias de Serviços.

A direção tem sob sua coordenação o Conselho Técnico-Administrativo, o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde, e Comissões de Ética, de Farmácia e Terapêutica, de Óbito, de Revisão de Prontuários Médicos, de Suporte Nutricional, de Apropriação de Custos, de Controle de Infecção Hospitalar, de Residência Médica, de Revisão de Documentação Médica e Estatística e de Licitação.

O Conselho Técnico-Administrativo constitui-se em um Órgão deliberativo, consultivo e normativo, com a autoridade máxima, responsável pelo funcionamento do HUGG. É integrado pelo Diretor do Hospital, Superintendências, Diretores das Escolas de Medicina, Enfermagem, Nutrição e Biomédico, Chefias de Departamentos Médicos, Cirúrgicos, Patologia e Apoio Clínico e Estudos Homeopáticos, Chefias de Divisão e representantes dos docentes do Hospital.

A Superintendência Médica possui funções voltadas para as atividades clínicas, atividades-fins e, está composta pelas Divisões Médica Cirúrgica, Médica de Apoio, Médica de Pessoal, Serviço Social e de Nutrição.

A Superintendência de Enfermagem possui função voltada à assistência de enfermagem e à integração assistência-ensino. Está composta por uma Divisão, centrada para os serviços

dos centros cirúrgicos e para os clientes internos, e duas Coordenações, sendo uma de clientes externos e outra de atividade de ensino e treinamento em serviço.

A Superintendência Administrativa tem funções voltadas para as atividades administrativas, atividades-meio e, na sua estrutura, conta com as Divisões de Atividades de Apoio, de Patrimônio e Material, de Manutenção e Recuperação, de Pessoal e Financeira.

5.5 - Recursos Humanos

O HUGG, sendo uma organização que surgiu para oferecer local de prática de ensino dos cursos de saúde, especialmente o Curso de Medicina, da UNIRIO, tem seu quadro de RH atrelado predominantemente, ao quadro de docentes lotados nos departamentos didáticos de Medicina Geral e Especializada, de Cirurgia Geral e Especializada, Patologia e Apoio Clínico e de Estudos Homeopáticos, assim como a funcionários pertencentes ao quadro da Universidade. Possui, também, em seu quadro de pessoal médicos contratados pela instituição, especificamente para assistência, com recursos oriundos do MEC.

5.6 – Clientela

O HUGG possui sua clientela exclusivamente procedente de seu convênio com o SUS.

A demanda atendida é limitada à oferta de serviços que se atrelam às necessidades didáticas e à disponibilidade de profissionais contratados. A demanda real não é atendida, o que se constata pelo número de pessoas que voltam da porta do hospital sem conseguirem atendimento.

Constata-se no HUGG, a procedência de pacientes de lugares distantes da instituição, como os da zona oeste da cidade. São pacientes encaminhados por referência, à busca de um serviço de atendimento mais especializado ou por demanda espontânea.

Na instituição, ainda não foi feito um estudo sobre a demanda real e a demanda reprimida, que sabidamente existe, cujo resultado está condicionado ao limite imposto pela oferta de serviços.

5.7 - Plano de Metas

A Diretoria do HUGG, após sua posse em abril de 2000, realizou uma série de reuniões abrangendo todos os Setores do Hospital, visando obter informações sobre os problemas e necessidades de cada serviço. A partir dessas informações foram elaboradas metas, fundadas em política e objetivos, que foram colocadas, em ação.

I – Compromissos Gerais:

I.1 – Dedicar ao SUS, no mínimo 70% da totalidade de seus leitos efetivos.;

I.2 – Manter alunos do curso de graduação em medicina e, pelo menos, alunos de mais de um curso de graduação na área de saúde próprios da Instituição de Ensino Superior – IES, à qual estão vinculados. Os cursos atualmente ativos são: Medicina, Enfermagem e Nutrição.

I.3 – Manter Programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica – COREME.

I.4 – Manter atividades inerentes a cursos de pós-graduação, reconhecidos por órgão competente da IES à qual está vinculado.

I.5 – Apresentar anualmente trabalhos científicos em congressos, jornadas, simpósios, bem como publicá-los em periódicos nacionais e estrangeiros.

I.6 – Constituir legalmente e manter ativas as seguintes comissões:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Suporte Nutricional;
- Comissão de Ética;
- Comissão de Apropriação de Custos;
- Comissão de Revisão de Prontuários médicos;
- Comissão de Serviço de Documentação Médica e Estatística;
- Comissão de Residência Médica.

I.7 – Manter atividades de Aperfeiçoamento e Treinamento em Serviço na área de saúde de acordo com as necessidades detectadas.

I.8 – Integrar-se comprovadamente ao sistema estadual/municipal de referência e contra referência, tanto hospitalar quanto ambulatorial, sem prejuízo para ensino e pesquisa. A programação é o Hospital estar integrado, via Administração Programada - AP 2.2, na Central de Marcação de Exames e Internação da Secretaria Municipal de Saúde, que encontra-se em fase de implantação.

I.9 – Manter o serviço próprio para a manutenção predial e de equipamentos médico-hospitalares, bem como os contratos de manutenção nos setores de refrigeração, autoclaves, lavanderia e aparelhos de radiologia que foram terceirizados.

I.10 – Implementar normas e rotinas de serviços.

I.11 – Manter a estrutura física e de recursos humanos adequados às atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no Hospital.

I.12 – Manter serviço próprio ou acessível de diagnóstico por imagem e métodos gráficos, de acordo com a Portaria SAS/MS n.º 494 de 26 de agosto de 1999.

I.13– Desenvolver programas de qualidade – o Hospital vem desenvolvendo mudanças na sua estrutura física e programas no âmbito hospitalar com o intuito de melhorar e humanizar o atendimento aos pacientes.

I.14 – Desenvolver estudos visando a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, do Ministério da Saúde.

I.15 – Participar de Programas/Ações Estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde, dentro das possibilidades físicas, técnicas e de recursos humanos do Hospital.

I.16 – Implantar e manter em funcionamento as Comissões Técnicas necessárias às atividades do Hospital e outros serviços, com base na Portaria Conjunta ME/MS n.º 01 de 16 de agosto de 1994, sem prejuízo das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

II – Metas para Indicadores de Produtividade

II.1 - Ofertar, de acordo com as possibilidades técnicas, respeitadas as necessidades do ensino, pesquisa e extensão, 70% de ocupação dos leitos disponíveis aos usuários do SUS, bem como aumento da oferta de consultas ambulatoriais.

O HUGG pratica o atendimento ambulatorial para a região da AP2.2 nos patamares mínimos exigidos que é de 25%. A proposta é de que chegue a 50%, o que seria de real interesse para o Hospital, mas para que isso ocorra, é necessário que a rede pública absorva os pacientes de outras áreas geográficas que procuram atendimento hospitalar.

É meta do HUGG cumprir o índice de 20% de taxa de consultas especializadas de retorno. Como o Hospital tem um grande fluxo de pacientes portadores de doenças potencialmente graves, cujas terapêuticas são longas ou mesmo no curso de tratamento de doenças de caráter cirúrgico, estudos estão sendo feitos para que se possa cumprir este limite.

II.2 - Colaborar com o Gestor Municipal e participar de cursos formadores de recursos humanos, por acreditar ser este o papel primordial de um Hospital Universitário.

No momento o HUGG pode ofertar os seguintes cursos:

- Auxiliar de Enfermagem
- Técnico de Enfermagem
- Instrumentador Cirúrgico
- Técnico de Laboratório
- Análises Clínicas
- Patologia Clínica

II.3 – Participar do sistema de busca ativa de doação de órgãos para transplante nos termos do regulamento do Ministério da Saúde.

III – Metas para os Indicadores de Desempenho

III.1 – Buscar uma taxa de ocupação de leitos hospitalares compatíveis com as atividades de ensino, pesquisa e assistência. A meta para o ano de 2001 é de elevar o percentual de 55,7% para 65%.

III.2 - Buscar tempos médios de permanência compatíveis com os procedimentos desenvolvidos e com a missão do Hospital.

II.3 – Reduzir as taxas de mortalidade e de infecção hospitalar, dentro das possibilidades técnicas do Hospital.

III.4 – Melhorar as taxas de utilização dos centros cirúrgicos, das taxas médias de transferência interna e externa de pacientes, além da taxa de serviços realizados via Central de Regulação.

Para a execução do presente plano de metas a Direção tem mantido atuação política junto aos Ministérios da Educação e da Saúde na busca de recursos. Tem atuado junto a outros diretores de HU's para a manutenção e preservação das características dos Hospitais de Ensino vinculados à Universidade, onde a assistência integrada ao ensino, a pesquisa e a extensão são fundamentais para um atendimento de excelência à coletividade.

CAPÍTULO VI – Impactos desencadeados pelo convênio MEC/MS – SUS junto ao HUGG sob as óticas política, econômico-financeira, humana e de gestão

Antes de entramos no estudo sobre os impactos desencadeados pelo convênio do SUS junto ao HUGG, gostaríamos de relembrar o histórico do primeiro convênio realizado pelo MEC/MPAS ocorrido na década de 80, junto ao Hospital.

6.1 – O HUGG frente ao convênio MEC/MPAS

A partir do convênio INAMPS/HUGG, estabelecido em 17 de março de 1982, o Hospital sofreu grande mudança de orientação docente – assistencial, decorrente do convênio de prestação de serviços estabelecido com o MEC/MPAS, que determinou importante redirecionamento das então atividades de caráter exclusivamente acadêmicas, para as que davam conta da realidade sanitária da população. A partir daquele ano, o HUGG deixou de privilegiar o atendimento às chamadas doenças de interesse científico, aproximando professores e alunos às necessidades assistenciais da população.

O convênio INAMPS/HUGG determinou um aumento progressivo da demanda pelos serviços prestados, além de submeter o hospital a uma pactuação onde seus custos sofriam restrições de remuneração, causando-lhe inúmeros estorvos. O convênio desconsiderava as particularidades dos programas didáticos de ensino e pesquisa que necessitavam de liberdade de atuação dos docentes. Assim, o Hospital precisou se adaptar às novas

condições de prestador de serviços, e seus leitos tornaram-se insuficientes para abrigar o grande número de pacientes do INAMPS.

Com um elevado número de atendimentos e internações, e sem receber recursos suficientes para investir em educação continuada e equipamentos necessários para o ensino e a pesquisa, o HUGG, entrou em crise.

A crise deveu-se, também, a toda sorte de empecilhos nos órgãos e escalões regionais do INAMPS. O que ficou evidente no Sistema Previdenciário foi a manutenção de diversas formas de organização da prática médica, visando atender interesses diferentes criando disfunções como má utilização e pulverização de recursos e influencia político-eleitoral (Mello, 1978).

A partir do decreto Lei n.º 8689 de 27 de julho de 1993, foi extinto o INAMPS, e os HU's, incluindo o HUGG, tornaram-se conveniados ao SUS (Legislação Federal, 1993).

Como foi exposto anteriormente, quando os HUGG integrou-se ao SUS o cenário já era de crise. As regras e os procedimentos resultantes da política de saúde anterior determinaram o debilitamento e desmantelamento da estrutura do hospital de ensino.

6.2 – A relação do HUGG junto aos gestores governamentais

O HUGG, como uma organização, é um sistema que interage com múltiplos fatores na busca de seus objetivos institucionais. O hospital não pode ser concebido isoladamente das

relações estruturais sejam do ponto de vista político, econômico-financeiro, de recursos humanos e administrativo, dentro de um sistema político-econômico-social maior. No âmbito acadêmico está ligado à UNIRIO e como instituição hospitalar está ligado a um sistema de saúde prestador de serviços, submetido às políticas de saúde emanadas da organização governamental através de seus ministérios.

Nele identificam-se sub-sistemas como:

- Assistência médica – que trata da prestação de serviços médicos organizada para atender as demandas, com mecanismos de referência e contra-referência;
- Ensino – que está comprometido com a formação de recursos humanos na área da saúde com cursos de graduação (Medicina, Enfermagem, Nutrição) e pós-graduação (Residência Médica, educação continuada);
- Pesquisa e Extensão– que tem o compromisso com a produção de conhecimentos, com a inter-relação com outras instituições das áreas de ensino, pesquisa e extensão;

Cada um desses sub-sistemas apresenta aspectos dados pelos pontos de vista político, econômico-financeiro, de recursos humanos e de administração que serão, agora listados.

6.2.1 - Do ponto de vista político

A assistência à saúde do HUGG depende das políticas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal que orientam o comportamento da instituição em todos os níveis de atendimento assistencial, na política de recursos humanos - quanto à formação, remuneração e ascensão de cargos do funcionário público e na participação da

administração do hospital e da comunidade nos Conselhos e Comissões de Saúde como porta-vozes das necessidades, de sugestões e de avaliação da realidade vivenciada.

É muito difícil administrar um HU submetido à pressões políticas dos gestores governamentais. Sabemos que o aprimoramento no ensino da saúde depende de política de incentivo à formação de recursos humanos em suas áreas específicas de trabalho, que deverão atender às necessidades reais da saúde local, bem como, de avaliação dos cursos nas áreas específicas, por meio de revisão curricular. Enquanto que, a pesquisa e a extensão necessitam de uma política de aprimoramento à educação continuada de pessoal.

Nesse sentido, não há por parte dos gestores governamentais a elaboração de um modelo de política em que os atores sejam analisados segundo sua capacidade de poder, seus interesses, suas estratégias e suas características. Os formuladores de política não compreendem as condições reais sob as quais são prestados os serviços, minando os propósitos da instituição.

Existe uma responsabilidade gerencial da instituição hospitalar universitária para com a população assistida em termos de excelência no atendimento, ensino e pesquisa. Estamos diante de um modelo político de saúde rígido que não tem sido capaz de dar respostas às necessidades dessas instituições, o que acaba acarretando dificuldades das mesmas em prover um desenvolvimento adequado de suas ações diante do modelo proposto pelos sistemas locais.

Muitos dos grandes objetivos do HUGG são igualmente compartilhados por atores governamentais, porém a forma de atingi-los quase sempre varia muito e é o cerne das

disputas de poder. Aqueles que detêm o poder num determinado momento obviamente têm mais chances de fazer prevalecer sua visão do futuro e seus métodos para alcançá-lo.

É sobejamente sabido em administração que a implementação de decisões é muito mais ágil e eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular, quando tomaram parte na sua elaboração. Objetivos amplamente discutidos e em que há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que participarão da execução das tarefas para atingi-los. A negociação entre grupos torna-se mais fácil e o compromisso de todos com a concretização dos ideais fica muito ampliada.

Por ter trabalhado como Chefe de Divisão Médico-Hospitalar do HUGG, na gestão 1999/2000, a autora participou de algumas reuniões, juntamente com dirigentes de HU's do Rio de Janeiro, na Secretaria Municipal de Saúde, e pôde constatar que os gestores municipais tendiam a conceder privilégios aos hospitais próprios do município em detrimento às necessidades dos HU's.

6.2.2 - Do ponto de vista econômico-financeiro

O HUGG é dependente de verbas dos Ministérios da Educação e da Saúde. É uma instituição que faz parte de um órgão público federal, a UNIRIO, com quadro de pessoal composto de funcionários públicos, e vende os seus serviços, na sua totalidade para o Sistema Único de Saúde. O MS autoriza a Secretaria Municipal de Saúde a gerir o SUS.

Nessa instituição, a assistência à saúde sofre a influência de um sistema que não prega a isonomia salarial para atividades similares em complexidade, responsabilidade e carga

horária. O hospital necessita de verbas para a implantação de programas de ensino, pesquisa e extensão, compatíveis com as necessidades específicas da organização com aprimoramento de produção científica no contexto nacional e internacional, por meio de bolsas e outros incentivos, implantação de sistemas de informatização, além de manutenção e recuperação dos equipamentos e de sua estrutura física.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS, 8080/90, em seu capítulo III, do Planejamento e do Orçamento, artigo 45, dispõe que:

“os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que sejam vinculados”.

A autonomia dos HU's, sobretudo a principal, que é a autonomia de ensino e pesquisa, constitui uma característica essencial da instituição, contrária ao automatismo da integração no SUS aos respectivos hospitais. Vale ressaltar que esta parceria se dá sem ressalvas, uma vez que os HU's estão sujeitos à normatividade universal do SUS. Sendo assim, o sistema de saúde mantém-se rígido no que se refere as formas de organização de suas políticas de financiamento impedindo a autonomia real do hospital universitário que tem sua receita glosada quando esta ultrapassa o teto definido pelas secretarias de saúde do governo, pela produção dos serviços prestados.

Com relação ao financiamento, o HUGG, bem como os demais HU's contam, hoje, com o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS. Este, foi criado pela Portaria MS/SNAS, n.º 15, de 08 de janeiro de 1991, com o objetivo de definir ações específicas para os HU's estabelecendo normas de incentivo ao ensino e pesquisa (MS, 1991).

Em 16 de agosto de 1994, a Portaria conjunta n.º 1 do MEC/MS, modificou a concessão do FIDEPS aos HU's, considerando que o acréscimo de remuneração de serviços devesse corresponder a procedimentos diferenciados que visassem a consolidação e aperfeiçoamento do Sistema (MEC, 1994).

Cabe nesse ponto uma observação: as políticas de ensino e pesquisa a serem cumpridas nos HU's deveriam ser vistas como da estrita competência do Ministério da Educação. Não poderiam estar relacionadas aos mecanismos de produção de serviços, devendo sim serem programadas em função de metas, protocolos a serem definidos para cada instituição de acordo com suas características próprias, e da região onde os mesmos estão inseridos.

Da mesma forma, o repasse de recursos para atender às demandas docentes – assistenciais não deveria sofrer a influência do gestor local, e sim obedecer a um programa de controle e avaliação em nível nacional por parte do Programa de Integração Ensino – Serviço (PIES).

Os atores governamentais deveriam aperfeiçoar mecanismos de fixação de tetos financeiros de recursos destinados ao hospital, eliminando a prática de cortes e glosas em serviços regularmente prestados e faturados, criando e ampliando os canais institucionais

permanentes que facilitassem o processo de negociação entre gestores e prestadores de serviços.

A realidade é que os recursos repassados ao HUGG quer sejam pelos gestores municipais, estaduais ou federais têm sido poucos, sem que haja possibilidade de investimentos tão necessários às políticas de ensino, pesquisa e assistência à saúde.

Acumulando perdas continuadas, o HUGG, confronta-se com um sistema de saúde que continua a remunerar de forma completamente irrealística a maioria dos procedimentos, sobretudo os mais frequentes e de menor complexidade, como o pagamento atual de R\$ 2,50 por uma consulta médica, ou R\$ 7,00 por uma diária hospitalar, ou ainda R\$ 8,00 por uma apendicectomia (ABRASCO, 1999).

Pelo exposto, a recuperação da capacidade remunerativa da tabela de procedimentos do SUS e o financiamento necessário para investimentos tecnológicos nas áreas da informação, da formação acadêmica, da pesquisa, e recursos na área de recursos humanos, são emergenciais e inadiáveis para a recuperação do HUGG.

Desde a implantação do SUS, os repasses de recursos aos HU's federais vinculados ao Ministério de Educação, sediados nos Estados e Municípios em gestão plena de saúde ou semiplena, eram feitos pela entidade dirigente do Sistema. Com isso, os créditos que compunham o teto financeiro dos HU's eram repassados diretamente pelas unidades gestoras. Com esse dispositivo os HU's ficavam à mercê de gestores que por questões políticas investiam muito mais recursos em seus próprios hospitais.

A partir da Portaria Interministerial n.º 22 dos Ministérios da Saúde e da Educação, de 11 de janeiro de 1999, foi regulamentado o repasse de recursos do SUS aos HU's. Pelo que se depreende da Portaria, os recursos do MS destinados aos HU's federais figuravam nos dois orçamentos: do MS e do MEC, sendo que os HU's federais são vinculados a esse último ministério. A necessidade de unificar esses recursos em um único ministério teria motivado a edição da referida Portaria (MEC, 2000).

Atualmente os gestores municipais são meros intermediários no orçamento dos HU's federais junto ao MS. Mesmo assim, passam por sua gestão a contabilização do produto dos serviços prestados por estes hospitais, que podem ter sua receita glosada quando esta ultrapassa o teto definido pelas secretarias de saúde do governo, para a produção dos serviços de cada hospital.

Nesse sentido, fica a pergunta: O Ministério da Saúde tem pactuado com o dirigente do Hospital Universitário regras diferenciadas mais condizentes com a realidade local? Ou continuam ainda a sofrer as influências do gestor local, já que é de competência desse ente político o papel de intermediário no repasse de recursos aos HU's ?

6.2.3 - Do ponto de vista dos recursos humanos

Sabemos que a assistência à saúde depende de recursos humanos para dar atendimento de qualidade à comunidade e educação à população para a saúde.

O ensino da saúde no HUGG, bem como em qualquer instituição universitária, necessita de estímulo, através de verbas específicas à educação, ao aperfeiçoamento técnico dos funcionários, de disposição de RH da instituição à busca de aprimoramento em áreas de conhecimentos identificados como deficitárias na organização hospitalar. A pesquisa e a extensão dependem para sua promoção de um sistema de informatização científica e, disponibilidade de pessoal para o acompanhamento do desenvolvimento dos projetos de pesquisa, de apoio e divulgação.

A política que rege o serviço público quanto a sua formação, remuneração, ascensão de cargo e estabilidade no emprego tem favorecido a desmotivação dos funcionários do HUGG. A definição detalhada de funções para cada cargo e nível dificulta o remanejamento do pessoal.

Não há por parte dos atores governamentais um planejamento estratégico de RH, tão necessário para atingir os objetivos organizacionais dentro de um período de tempo. Este planejamento trataria por definir qual a força de trabalho e os talentos humanos imprescindíveis para a realização das metas da instituição.

Como exemplo, podemos citar que o HUGG em dezembro de 1998 possuía 628 servidores, enquanto que em dezembro de 2000 o número já tinha se reduzido a 579. Como não há concursos públicos para reposição de pessoal e a demanda de pacientes a procura de assistência médica continua aumentando, o hospital se viu obrigado a diminuir o número de leitos hospitalares com prejuízo não só para a comunidade acadêmica como também para a população.

6.2.4 - Do ponto de vista de gestão

Gerenciar (...) é um processo de tomada de decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados (Tancredi et all., 1998: 14).

O mundo contemporâneo se caracteriza por processos muito intensos e constantes de mudança, pela ação do homem sobre os fatores ambientais em busca de maior bem-estar. Hoje, as mudanças de ordem social, econômica e tecnológica exigem, uma grande habilidade dos gestores para acompanhá-las evitando o obsolentismo. É preciso manter um olhar crítico sobre o que foi planejado inicialmente e propor as estratégias adequadas à nova situação.

Esse processo exige do gestor um leque de habilidades que permitam viabilizar soluções imediatas aos problemas que emergem, de complexidade variável, como por exemplo, flexibilidade, visão, autoridade, liderança e ousadia de inovar. Essas habilidades devem se somar aos conhecimentos específicos em administração, que muitas vezes ficam relegados a um segundo plano em favor da confiança pessoal ou do destacado desempenho técnico do indivíduo como profissional de saúde.

No caso do hospital em estudo, é o docente o profissional designado para assumir o papel de gerente/diretor, que não é necessariamente, bom administrador, uma vez que sua formação é voltada ao cumprimento de tarefas específicas, o que pode constituir um

empecilho ao seu bom desenvolvimento como dirigente. É necessário uma bagagem adequada de habilidades e conhecimentos para que os indivíduos que ocupam esses cargos desenvolvam um clima organizacional positivo e de credibilidade.

Como já foi dito, o HUGG é uma complexa organização de saúde. Nele duas autonomias estão fortemente presentes. A primeira delas é o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, em particular os docentes, *versus* a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo. A segunda, que guarda relação íntima com a primeira é a tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização *versus* o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação. Os organogramas verticalizados, com linhas de mando hierarquizadas para os três corpos funcionais principais - docentes, enfermagem e administrativo, dificultam a comunicação e alimentam os conflitos.

O dirigente da instituição deve ter como premissa à sua gestão, um controle da qualidade dos atendimentos à sociedade, mediante planejamento e execução de objetivos, preparo técnico dos funcionários do hospital, dinâmica da máquina burocrática e, aproveitamento da área física útil construída.

O ensino da saúde no HUGG, necessita de eficácia dos programas de educação à população interna e externa do hospital., enquanto que a pesquisa e a extensão necessitam de um acompanhamento na execução e avaliação dos projetos de pesquisa, a intensidade de seu uso, bem como a velocidade de difusão dos conhecimentos produzidos na instituição.

Como vimos anteriormente, a receita do HUGG depende de financiamento governamental, que com a atual crise institucional, por que passa o aparelho formador na área da saúde, não responde aos interesses das ações planejadas pelos dirigentes do hospital. Não devemos nos esquecer que gerenciar uma instituição de saúde com recursos escassos para necessidades ilimitadas, remete ao gestor à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais converjam em direção à realidade local.

O SUS reconhece a autonomia administrativa do HUGG, que está cadastrado na Secretaria Municipal de Saúde como pertencente a área de planejamento - AP 2.2. Cabe aos coordenadores dessa área o controle da implementação das ações do hospital, mediante visitas periódicas à instituição com o intuito de avaliar sua prestação de serviços à população, não levando em consideração a importância do ensino, da pesquisa e da extensão, junto à clientela interna e externa do HUGG.

Quanto às habilidades de planejamento e ação das gerências do HUGG/UNIRIO junto ao SUS, foi feito uma pesquisa de campo junto aos docentes da área médica, com o intuito de avaliar o conhecimento dos mesmos em relação a inserção do HUGG às políticas do SUS, suas conseqüências e desafios.

CAPÍTULO VII – Relatório e análise da pesquisa de campo

7.1. Questões metodológicas

O tema discutido neste trabalho, a inserção dos HU's às políticas do SUS, apresenta dificuldades decorrentes da escassez de obras que abordam tal assunto.

A fim de contornar essa dificuldade optou-se pela realização de uma pesquisa de campo de caráter exploratória, com a aplicação de um questionário, com abordagens variadas em torno do assunto principal.

O universo dessa pesquisa foi composto pelo HUGG. O critério a ser utilizado para a seleção da amostra no universo total foi organizado a partir de uma seleção intencional de uma amostra de elementos representativos do quadro permanente dos docentes da instituição. Foram propositadamente excluídos todo o corpo discente bem como a clientela externa do hospital., uma vez não ser possível estabelecer uma análise comparativa de avaliação dos serviços prestados, após o convênio do HUGG com o SUS, por esses grupos.

Como a pesquisa foi realizada no período de férias escolares, para um total de cento e oitenta e sete docentes do quadro permanente foram distribuídos cem questionários. Destes, cinquenta e cinco retornaram.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas utilizando um software de estatística apropriado, o SPSS.

7.1.1 Dados pessoais

Fazem parte deste bloco as referências a idade, sexo, ano de formatura, tempo de serviço na UNIRIO/HUGG, especialidade médica e formação acadêmica.

A média de idade dos pesquisados situou-se em 44,6 anos, sendo 63,6 % do sexo masculino e 36,4 % do sexo feminino (Gráfico 01).

Os entrevistados fazem parte de 24 clínicas especializadas (Gráfico 02).

No cruzamento dos dados referentes à faixa etária e ao sexo dos entrevistados, verificou-se que a maior incidência, isto é, cerca de 67% da população entrevistada situava-se em termos etários na faixa de 40 a 54 anos, prevalecendo predominantemente docentes do sexo masculino com cerca de 47%, praticamente a metade da população feminina (Gráfico 03).

Pela distribuição do tempo de serviço (Gráfico 04) verificou-se que cerca de 55% dos entrevistados estão com tempo de serviço, no HUGG, variando entre 11 a 20 anos. A análise da faixa entre 16 até 20 anos de tempo de serviço, com cerca de 36%, contribui expressivamente para explicar os fatos, tendo em vista que em 1982 houve uma expressiva renovação do quadro de docentes no HUGG, uma vez que o Reitor à época, Prof. Guilherme de Figueiredo, irmão do então Presidente da República, Gal. João Baptista de Figueiredo, conseguiu autorização do poder executivo para uma expressiva renovação nos

quadro de toda UNIRIO, e particularmente no caso do HUGG. A análise dos dados permitiu, também, verificar que nos últimos 10 anos, não houve em nenhum momento contratações tão expressivas quanto daquele momento, ainda que a questão do ensino, pesquisa e assistência sejam o tripé das instituições de ensino superior, dificultando, assim, o acesso de toda população assistida pelo HUGG a uma maior demanda de atendimento, bem como ao corpo docente da universidade que busca através das pesquisas médicas seu aprimoramento acadêmico.

A análise dos dados levantados permitiu, também, constatar uma forte correlação positiva entre os dados relativos ao tempo de serviço no HUGG e o tempo de formado (Gráfico 05). Este fato permite-nos concluir que a grande maioria dos docentes da área de saúde da UNIRIO, foram admitidos logo após a conclusão do seu curso de graduação e/ou de pós-graduação. Da mesma análise, depreende-se também, que possivelmente motivados pelos baixos salários, o mercado acadêmico não é atrativo para os profissionais já estabelecidos em suas especialidades.

Os dados relativos a motivação dos entrevistados em permanecer nas suas atividades médico-docentes no HUGG, corroboram esta interpretação dos dados, uma vez que dentre os fatores apresentados como motivadores à permanência nos quadros da universidade, de programas docentes-assistenciais, foram o de desenvolver linhas de pesquisa junto com os alunos da graduação e pós-graduação lato-sensu, e procurar interferir de forma positiva na formação de profissionais médicos e de futuros pesquisadores (Gráfico 06).

Quanto ao nível de satisfação à remuneração percebida pelos profissionais, a esmagadora maioria dos entrevistados acham-na insatisfatória (Gráfico 07), corroborando os dados que mostraram a necessidade do servidor procurar outras atividades fora da universidade, visto que não há por meio do Ministério da Educação uma política de incentivo aos docentes por meio da pesquisa, do ensino e da extensão universitárias.

Quanto à formação acadêmica, a maioria dos entrevistados, isto é, 42% têm especialização, 33% mestrado, 22% doutorado e 2% pós-doutorado. O reflexo desta situação se dá diretamente na formação discente, que fica privada do convívio com profissionais tarimbados, que encontram em outros mercados maiores atrativos para o exercício da medicina, prejudicando sua formação para o mercado de trabalho (Gráfico 08). Outra leitura possível para o fato demonstrado é que a situação apresentada decorra da falta de estímulo institucional, na forma de um programa de incentivo à capacitação docente, como já acontece em outras instituições de ensino superior.

No cruzamento entre os dados de formação acadêmica e do número de anos de formado (Gráficos 09 e 10), verificou-se que do total de docentes pesquisados 94,6% têm pelo menos 11 anos de formado.

7.1.2 Variáveis relacionadas ao atendimento HUGG / SUS

Na questão relativa à opinião dos entrevistados quanto à capacidade de atendimento à demanda de pacientes no seu setor (Gráfico 11), verificou-se uma relação direta entre esta opinião e a formação acadêmica do mesmo entrevistado. Enquanto que os detentores dos

títulos de mestre (76%) e de doutorado (72%) consideram que a demanda se dá dentro de limites aceitáveis, os profissionais graduados (100%) e especialistas (40%) apontam que a demanda está acima da capacidade de atendimento. Estas opiniões divergentes refletem talvez a ótica diversa pela qual estes dois grupos encaram o atendimento docente-assistencial. Certamente para o primeiro grupo, uma demanda relativamente elevada contribui tanto no aspecto da formação discente, na medida em que um grande número de casos é apresentado, quanto para pesquisa acadêmica.

Na análise dos dados referentes ao grau de informação dos docentes pesquisados sobre os recursos financeiros alocados para o HUGG (Gráfico 12), somente 2% dos entrevistados responderam que sempre eram informados sobre esta verba, 53% às vezes obtinham esta informação e, 45% nunca tiveram informação sobre o repasse de verbas para o hospital. Este ponto é muito expressivo, visto que o HUGG recebe recursos do Ministério da Saúde através do convênio com o SUS, e depende do atendimento assistencial para melhorar seu faturamento. A partir destes dados, pode-se analisar que os gestores do hospital não desenvolveram, ainda, um programa interno para disseminar entre o corpo docente, discente e de funcionários a importância dos registros de todos os procedimentos realizados pelas equipes que fazem a parte assistencial, desperdiçando uma verba que é fundamental à sobrevivência da instituição.

Na análise da questão referente ao conhecimento dos docentes sobre os critérios de repasse do SUS por procedimento realizado no HUGG (Gráfico 13), 64% dos docentes responderam que conheciam pouco, os critérios adotados por procedimento realizado no hospital, 29% responderam que não conheciam os critérios, enquanto 7% dos entrevistados

afirmaram que conheciam muito destes critérios para o repasse de verbas para o hospital. Estas respostas corroboram a análise da questão anterior, isto é, demonstram a falta de conscientização da equipe da administração do hospital junto ao seu público interno definindo projetos e prioridades para o melhor faturamento hospitalar.

Na análise dos dados relativos ao preenchimento correto dos formulários de estatística, fundamentais para o faturamento do hospital (Gráfico 14), 40% dos entrevistados ainda não os preenchem corretamente, mostrando mais uma vez que a equipe da direção do HUGG não se empenha em demonstrar que estatísticas incorretamente preenchidas produzem um faturamento abaixo do esperado, prejudicando qualquer projeto de investimento à nível hospitalar.

Segundo os entrevistados as causas para o não preenchimento dos formulários de estatística de seus setores seriam devidas a: inadequação dos mesmos - complexos para uns, mal feitos para outros; falta de formulários no setor; falta de tempo por excesso de demanda de pacientes; falta de funcionários (Gráfico 15). Para os docentes os formulários de estatística são uma ferramenta burocrática, e segundo os mesmos deveriam ser preenchidos por funcionários (Gráfico 16). Verificou-se por meio destas respostas que não há, por parte da direção do hospital, um programa de educação continuada sobre a importância do preenchimento correto da estatística, e nem o repasse de informações estatísticas sobre o trabalho realizado nos setores.

7.1.3 Variáveis relacionadas ao universo do HUGG

A questão sobre a atividade principal do docente foi definida no questionário como sendo aquela exercida com a finalidade do próprio sustento (Gráfico 17). Verificou-se na análise dos dados (Gráfico 18) que 56% dos docentes entrevistados não exercem no HUGG sua atividade principal. Destes, 64,5% afirmaram que trabalhavam em uma atividade privada, enquanto 35,5% em outra atividade pública.

Verifica-se através desta pesquisa a necessidade do docente médico, exercer outras atividades fora da universidade já que o governo não os incentiva a permanecerem no meio acadêmico devido à má remuneração recebida, as difíceis condições de trabalho e a desvalorização da Saúde.

Analisando os dados entre formação acadêmica e a correlação entre remuneração e qualidade do ensino (Gráfico 19), observamos que a grande maioria dos docentes mestres e doutores afirmaram que existia pouca ou nenhuma correlação entre a qualidade de ensino e a remuneração recebidas, demonstrando que estes profissionais se sentem motivados a permanecer na universidade, valorizando a pesquisa e o ensino públicos. Este quadro é demonstrado quando se analisa o dado da questão da motivação dos docentes em trabalharem no hospital universitário, já que 61,8% responderam ser o ensino médico seu grande estímulo, enquanto 36,4% afirmaram ser a pesquisa sua principal motivação.

Analisando os dados referentes a integração entre a docência e a assistência médica no atendimento ao paciente (Gráfico 20), 54,5% dos entrevistados responderam que percebiam integração entre estas duas variáveis, enquanto 45,5% afirmaram não haver integração entre

a docência e a assistência médica. Para estes docentes foi solicitado sugestões para melhorar esta integração, sendo sugeridas: contratação de médicos, redução da demanda de pacientes, diminuição da carga assistencial para o docente, melhor remuneração para os profissionais, melhores condições físicas no ambulatório, melhor suporte laboratorial, redução do número de alunos por docente, discussão freqüente de casos clínicos, e melhor organização do prontuário médico (Gráfico 21). Verifica-se com esta análise que os docentes necessitam de um maior suporte da administração do hospital, bem como de abertura de concursos públicos para renovação dos quadros de docentes, pois as más condições de trabalho não estimulam a produção científica destes profissionais.

CAPÍTULO VIII – Considerações Finais

Como já foi dito, a crise que o HUGG vem passando, atualmente, deve ser analisada e entendida como decorrente da crise institucional por que passa o setor saúde, isto é, da crise de financiamento e da estrutura de gastos do sistema de saúde e da condução das políticas públicas.

Os HU's, incluindo o HUGG, são atores fundamentais neste contexto de representatividade visto terem um caráter acadêmico com marco inovador nas áreas de ensino, pesquisa e extensão bem como a excelência na prestação da assistência à saúde.

Ao reconhecer o SUS como uma organização política no sentido de que deve encontrar formas de criar ordem e direção entre organizações com interesses diversos, muito pode ser aprendido sobre os problemas e a legitimidade de sua administração como um processo de governo e sobre a relação entre esta organização e as instituições sob sua supervisão.

A partir da existência de ideologias distintas entre o SUS e os HU's, a questão da inserção do HUGG às políticas do SUS é complexa. Apesar dos recursos gastos no setor da saúde, os hospitais continuam desparelhados, com carência de equipamentos, medicamentos e de recursos humanos retratando, assim, as dificuldades da aliança entre os gestores dessas duas organizações.

Quando o HUGG integrou-se ao SUS o cenário já era de crise. As regras e os procedimentos resultantes da política de saúde anterior determinaram o debilitamento da estrutura institucional do hospital, que vem apresentando nos últimos anos um acelerado processo de descaracterização prejudicado por carência de recursos financeiros, humanos e materiais.

Levando em conta essas considerações e a constatação, através do presente estudo, de que o HUGG possui uma identidade de comportamento e padrão de administração, podemos levantar alguns conceitos diagnósticos e terapêuticos relativos à inserção do mesmo junto ao SUS, a partir dos resultados obtidos na pesquisa junto aos docentes do hospital:

1. A comunicação interna do hospital tem-se mostrado deficitária entre os vários grupos de trabalho e, quando ocorrem ordens operacionais de mudança pelo SUS, falta o devido esclarecimento do objetivo das mesmas para melhor compreensão e conseqüente adesão e efetivação. Faltam reuniões interdisciplinares, intersetoriais para esclarecimento e entrosamento.
2. A lógica organizacional da inserção do SUS tem forçado o HUGG a adaptar-se ao aumento da demanda espontânea dos usuários, à necessidade de faturamento da tabela do SUS, com conseqüentes distorções na assistência e baixa resolutividade do sistema, levando a um descompasso entre demanda, oferta, modelo assistencial, ensino e pesquisa.
3. As tramitações prolongadas do SUS dificultam a agilidade necessária nas operações hospitalares para a eficiência e eficácia da assistência médica prestada. Muitos papéis são

preenchidos, inúmeros dados são recolhidos e não são usados, desestimulando aqueles que os fornecem.

4. Há carência de um planejamento das duas instituições (HUGG e SUS) a médio e longo prazo, com efetiva implementação das estratégias escolhidas. As políticas operacionais básicas não se reforçam mutuamente.

5. Há dissociação e desarticulação entre objetivos de ensino, assistência e políticas de saúde na prática vigente. As condições físicas que dão suporte ao ensino de graduação, pós-graduação e às atividades assistenciais têm sofrido as consequências restritivas da situação orçamentária e financeira que penalizam não somente o hospital em estudo, mas à totalidade dos HU's no Brasil.

6. Há o desconhecimento da comunidade hospitalar, nos vários níveis operacionais, das políticas de saúde vigentes, dos Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos e dos mecanismos de referência nos quais o HUGG deve estar inserido. Ainda não se deu a devida importância ao parecer do corpo técnico do hospital, um importante critério para se estabelecer uma mediação técnica nas relações políticas do HUGG com as Secretarias de Saúde.

7. A comunidade hospitalar, de um modo geral, não possui conhecimentos da importância de cada setor no seu todo e da interdependência destes. A direção geral e as superintendências médica, administrativa e de enfermagem não têm reconhecimento de seu trabalho pelas bases.

8. A relação externa do HUGG com o Estado – MEC/MS, decorre de sua dependência econômica com a comunidade que o sustenta, existindo uma débil interação, uma vez que esta recebe pelos serviços prestados como “*benesse*” e também não assume responsabilidade no acompanhamento, controle e avaliação do desempenho da organização hospitalar. Julga que o Estado, é que deve responsabilizar-se e exigir o bom desempenho do hospital. Conseqüentemente o hospital não conta com o apoio da comunidade para justas reivindicações junto ao Estado.

9. A organização hospitalar do HUGG não explora economicamente a região onde está situada e para qual é tida como da maior relevância assistencial no tratamento de várias patologias e na formação de recursos humanos para a saúde.

10. O docente-médico responsável pela administração do HUGG, é um profissional técnico da área médica, especializado, que assume dentro da instituição tarefas administrativas para as quais nem sempre possui habilidades devidas, apresentando sérias dificuldades para a prática gerencial.

11. Um dos aspectos importantes da gerência estratégica, tendo-se na mira que o HUGG é uma organização complexa, é o levantamento das capacidades e habilidades dos funcionários desta instituição que precisam ser plenamente aplicadas e pontos fracos que precisam ser corrigidos ou melhorados.

12. A preparação dos quadros técnicos e decisores para o desenho estratégico e para a implementação de ações em uma perspectiva de desenvolvimento é imprescindível. Não é garantia de êxito, mas constitui um insumo chave para o processo. Portanto, é necessário investir na capacitação para o desenvolvimento. Para isso importa que o HUGG mantenha foros de capacitação e análise de temas que afetam o hospital e sua coletividade interna e externa, como também promover âmbitos de formação mais profundos e sistemáticos, orientados para a compreensão do conjunto complexo de fatores intervenientes nesses processos.

13. É preciso um impulso ao fortalecimento da integração dos gestores do HUGG com os do SUS, através de processos de desenvolvimento mútuo tanto do ponto de vista dos recursos humanos até as ferramentas a utilizar. Requerem ações planejadas e sustentadas, insumos de análise em profundidade dos assuntos que afetam essas organizações, bem como instâncias de reflexão que alimentem as estratégias, no nível dos atores potencialmente envolvidos e nas equipes técnicas a cargo dos projetos.

De uma maneira geral, a gestão da Direção do HUGG apresenta as seguintes características:

- A Direção “está em poder” das áreas operacionais, pois se por um lado as equipes são altamente autônomas no que lhes é de interesse (montagem de escalas, estabelecimento de rotinas de trabalho, adoção de esquemas terapêuticos e outros), por outro, têm uma tendência a “encaminhar para cima” um conjunto de problemas conflitivos, demandantes de decisão, mas que na maioria das vezes, poderiam ser resolvidos na base da organização.

- A Direção Geral e as Superintendências Médica, de Enfermagem e Administrativa passam boa parte do seu tempo “apagando incêndios” e verificando os danos causados, de forma que não lhes sobra tempo para planejar seu trabalho e avaliar a qualidade dos serviços prestados. Há uma sobrecarga com um trabalho desgastante, não reconhecido pelas bases e que raramente resulta em algo reconhecível como bom.

- Quem gerencia o cotidiano das unidades assistenciais são os enfermeiros, a quem compete prover todas as condições para o bom funcionamento da assistência como por exemplo: os fluxos dos insumos, de exames complementares, limpeza e outros. No entanto, há uma linha de conflito entre o poder formal e real no universo das equipes, principalmente porque os docentes médicos representam formalmente a direção superior junto às equipes assistenciais. Muitas vezes, há uma carência de canais efetivos de comunicação entre esses dois corpos. A consequência é uma exacerbação do “espírito de corpo” da enfermagem, que tenta consolidar seu espaço profissional delimitado, para fazer frente ao poder dos docentes médicos dentro do Hospital.

- A Superintendência Médica mantém um distanciamento hierárquico em relação aos demais profissionais não médicos. Mesmo entre os docentes médicos, não há em geral, estabelecimento de rotinas, discussões de casos clínicos, avaliação de condutas ou qualquer outra prática que contribua para a qualificação e a excelência das práticas da categoria.

- A qualidade da assistência é pensada, de forma implícita, como sendo consequência da excelência dos profissionais e dos corpos técnicos. Pressupõe-se que os profissionais

desenvolvam atitudes de lealdade para com a organização e contribuam ativamente para o alcance de seus objetivos.

O HUGG é uma entidade que apresenta complexidade de uma dinâmica social, política e econômica comuns às organizações. Está inserido em uma universidade, foro de produção e reprodução de conhecimento, sujeito a mudanças abruptas impostas pela revolução científica e tecnológica.

O desafio gerencial se evidencia, por um lado, por tratar-se o HUGG de um órgão público sujeito diretamente a condutas políticas turbulentas, que vem “enxugando” a máquina administrativa, reduzindo gastos com a saúde, tomando atitudes genéricas sem critérios claros de necessidade e qualidade e, possivelmente, com grandes dificuldades na divulgação de dados de resultados que justifique e fortifique estas medidas.

O HUGG não pode ser gerido somente na perspectiva administrativa e concorrencial, não pode ser reduzido a um mero balcão de pesquisas. Ele deve afirmar seu compromisso com o conjunto da sociedade que o sustenta. A forma de sua gestão, bem como o acesso a seus serviços são tarefas das mais importantes, colocando-o na perspectiva do social, do trabalho com a sociedade e não somente com uma parte dela.

Neste sentido, deve usar a supremacia do conhecimento da academia, mostrando-se com planos de ação totalmente defensáveis, porque apoiados na realidade local e regional e, por esta razão, com respaldo da comunidade.

Por ser a saúde, constitucionalmente, dever do Estado, o governo vigente deve dispensar atenção não só às políticas de saúde, como também de educação em todos os níveis, com implementação de programas, ações e orçamentos. Está implicado nesta tarefa o Estado, a participação das instituições de saúde prestadoras de serviços e formadoras de RH para a saúde, assim como a população alvo das políticas a serem implantadas.

BIBLIOGRAFIA

- ABRANCHES, S. H., Nem Cidadãos, nem Seres Livres: O Dilema Político do Indivíduo na Ordem Liberal-Democrática. In: **DADOS**, vol. 28, N.1, Rio de Janeiro, 1985, p.5-24.
- ANSOFF, I., DECKERCK, R. & HAVES, R. **Do planejamento estratégico à administração estratégica**. São Paulo:Atlas, 1985.
- ARAÚJO, J.D., O direito à saúde: um problema de administração e de política. **Revista de Administração Pública**, 13(4):3, out./dez., 1979.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Referências Bibliográficas**. NBR 6023, agosto de 1989.
- BARNARD,C. **As Funções do Executivo**. São Paulo:Atlas, 1971.
- BENEVIDES, M. V. Democracia e Cidadania. **Polis**. Instituto de estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 1994, nº 14, p. 11-19.
- BARROSO, D. S. **Políticas de Recursos Humanos, do Discurso Oficial à Prática: Estudo Realizado na Administração Direta do Estado do Espírito Santo**. Versão Preliminar da Dissertação de Mestrado apresentada na EBAP/FGV, sob a orientação da Profa. Valéria de Souza, sd.
- BUSTELO, E. S. Planejamento e política social: a dialética do possível. In: **Política do Planejamento**. São Paulo: Brasiliense - UNICEF, 1982, cap. 4, p. 132-152.
- CAMPOS, E., **Sociologia da Burocracia**, Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- CAMPOS, J. de Q., **O hospital e sua organização administrativa**. São Paulo:LTR, 1978.

- CARDOSO, F.H., **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, Brasília, 1995.
- CECILIO, L. C. O, (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo:Hucitec, 1994.
- _____, A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, 31(3):36-47, maio/jun., 1997.
- CHAVES, M. M., Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. **Revista de Administração Pública**, 11(3):69-80, jul./set., 1977.
- _____. **Saúde Uma Estratégia de Mudança**. Rio de Janeiro:Guanabara Dois, 1982.
- CHIAVENATO, I., **Teoria Geral de Administração**, v. I e II São Paulo : McGraw - Hill do Brasil, 1979.
- COHEN, E & FRANCO, R., Racionalizando as políticas sociais na América Latina: o papel da gestão. In. **Gestión y análisis de políticas públicas. Madrid**. Inap enero/abril, 1995, nº 02, p. 101-108.
- CONASS. **Uma resenha sobre o processo de implantação do SUS - de 1988 a 1998** – Brasília 26/01/1999.
- CONSTITUIÇÃO da REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Niterói: Imprensa Nacional, 1988.
- COSTA, N.R., **Lutas urbanas e Controle Sanitário – Origem das Políticas de Saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- EIBENSCHUTZ, C., (org.) **O Público e o Privado**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1995.
- ESCOREL, S., Projeto Montes Claros. Palco de Bandeira e Luta, Experiência acumulada do Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury, Org. **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, pp.129-164.

ETZIONE, A., **Organizações modernas**. 7º ed., São Paulo : Livraria Pioneira, 1964.

_____, **Organizações Complexas**. São Paulo:Atlas, 1981.

FLEURY, S.M., A questão democrática na saúde. In: Fleury, Sonia (org.). **Saúde e**

Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____, **Estados sem Cidadãos. Seguridade Social em América Latina**,

Rio de Janeiro:Fiocruz, 1994.

_____, Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, n.º 43,

junho de 1994, pp.44-52.

GENRO, T., O novo espaço público. 21 teses para a criação de uma política

democrática e socialista. Caderno Mais, **Folha de São Paulo**, 09/06/96.

GUERREIRO RAMOS, A., **Administração e contexto brasileiro**. Rio de Janeiro :

FGV, 1983.

GIL, A.C., **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo:Atlas, 1987.

LANDMANN, J., **Evitando a Saúde & Promovendo a Doença**. Rio de Janeiro:

Achiamé, 1982.

LEI Nº8080 DE 09 DE SETEMBRO DE 1990. In: **Saúde em debate - Revista Centro**

Brasileiro de Estudos de Saúde. Londrina: CEBES, n.º 30, março, 1991, p.15-18.

LEI Nº8142 DE 28 DEZEMBRO DE 1990. In: **Coleção das leis da República**

Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Nacional. Vol. 182, n.º 6, Tomo I,

Nov./Dez., 1990, p.3583-3586.

LINDBLOM, C. E., **O Processo de Decisão Política**, Brasília, Ed.Unb, 1981.

MARCH,J.G., SIMON, H.A., **Teoria das Organizações**. Rio de Janeiro : FGV, 1975

MARSIGLIA, J. & PINTOS, G., La construcción del desarrollo local y regional.

Actores, estrategias y nuevas modalidades de intervención. **Cuadernos del**

CLAEH, no. 78-79, Montevideo, 2a. série, año 22, 1997/1-2. pp.93/110.

MARINHO DA SILVA, H., **A Política Pública de Saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. Dissertação de mestrado, EBAP-FGV, 1996.

MEDEIROS, O., **Taylorismo, Fayolismo e Fordismo**, Rio de Janeiro : Departamento De Imprensa Nacional, 1952.

MEDICI, A.C., **A economia política das reformas em saúde**. Porto Alegre:IAHCS, 1997.

MELLO, C.G., Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico. **Revista de Administração Pública**, 11(3):81-96, jul./set., 1977.

_____. **Saúde e Assistência Médica no Brasil**. São Paulo:Hucitec, 1977.

_____. **O Sistema de Saúde em Crise**. São Paulo:Hucitec, 1981.

MENDES,E.V. et Alii, **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo:Hucitec-Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____, **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990.

_____/ SNAS, Brasília:DOU de 27/3/1991.

_____/ SAS, Brasília:DOU de 9/6/1994.

_____. **SUS e o Controle Social**. Brasília, 1998.

MOTTA, F.C.P., **Teoria das Organizações: evolução e crítica**. São Paulo:Pioneira, 1986.

MOTTA, P.R., Dimensões gerenciais do planejamento estratégico. **Revista de Administração Pública**, v.10, abril/jun., 1976.

- _____, **A conquista da visão estratégica na gerência**. 1989. (Mimeo)
- MÜLLER NETO, J. S., Descentralização e Democracia: Tópicos de um Debate. In: **Saúde em debate**. N.33, Rio de Janeiro, 1991, p.33-39.
- NIOCHE, Jean-Pierre. Ciência Administrativa, Management Publico y Analisis de Politicas Publicas. **Cuadernos de Administracion**, Diciembre de 1994.
- OLIVEIRA, J.A.A., TEIXEIRA, S.M.F., **(IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL - 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- OPAS/OMS, **A Saúde no Brasil**, Brasília, 1998.
- PAIM, J.S., Bases Conceituais da reforma Sanitária. In: FLEURY, S.M., Org. **Saúde e Democracia – A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p.11-24, 1997.
- RIBEIRO, H.P., **O hospital : história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- SANTOS, G.I.C.L., **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, São Paulo: Hucitec, 1995.
- SHANKS, D., O papel da liderança no desenvolvimento da estratégia. **The Journal of Business Strategy**, jan./fev., 1989. Resenha **Revista Planejamento e Gestão**, 2 (1), set., 1989.
- SANTOS, W.G., **Cidadania e Justiça**, RJ: Campus, 1979.
- SUBIRATS, J., **Analisis de politicas publicas y eficacia de la administración**, Madrid: INAP, 1989.
- TANCREDI, F.B. et al, **Planejamento em Saúde**, São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda., 1998.
- THOMPSON, J., **Dinâmica organizacional – fundamentos sociológicos da teoria administrativa**. São Paulo: Mcgrauw-Hill do Brasil, 1976.
- TRAGTENBERG, M., **Burocracia e Ideologia**, 2º ed., Rio de Janeiro : Ática, 1992.
- VERGARA, S. C., **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**, 2 ed.

Rio de Janeiro:Atlas, 1998.

VIANA, A. L., Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. In: **Revista de Administração Pública**, Março/Abril, - vol. 30 , n.º 02 , p. 5-43, 1996.

WARHLICH, B.M., **Uma análise das teorias de organização**, 5º ed., Rio de Janeiro : FGV, 1986.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ABRASCO – Jornal on-line, 2000/julho.

Disponível em: www.abrasco.org.br

CHIORO, A., SCAFF, A., **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. 2000/abril.

Disponível em: www.consaude.com.br/links.htm

CONASEMS – Jornal on-line, 1999.

Disponível em: www.conasems.com.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000/abril.

Disponível em: www.saude.gov.br

_____/SESU, 2000/julho..

Disponível em: www.saude.gov.br/sesu

OLIVEIRA, A.G.R., e SOUZA, E.C.F., **A Saúde no Brasil – Trajetórias de uma política assistencial**. UFRGN. 2000/abril.

Disponível em: www.brasil.terraviva.pt/claridade/2584/saudebrasil.htm

ANEXOS

A - QUESTIONÁRIO DOS DOCENTES

B - RESPOSTAS EM GRÁFICOS

A - QUESTIONÁRIO PARA OS DOCENTES DO HUGG

1) A demanda de pacientes no seu setor:

- ☐ está acima de sua capacidade de atendimento
- ☐ está dentro de sua capacidade de atendimento
- ☐ está abaixo de sua capacidade de atendimento

2) Se sua resposta à pergunta anterior foi o primeiro item, esse fato:

- ☐ prejudica a qualidade de atendimento
- ☐ não altera a qualidade de atendimento

3) O aumento da demanda de pacientes:

- ☐ tem melhorado a qualidade (nível) do ensino médico
- ☐ tem piorado a qualidade (nível) do ensino médico
- ☐ não altera a qualidade (nível) do ensino médico

4) O aumento da demanda de pacientes:

- ☐ tem aumentado a diversidade de doenças
- ☐ não tem aumentado a diversidade de doenças

5) A atividade que você exerce no HUGG é sua atividade principal?

Atividade principal: é aquela que você exerce para garantir o seu sustento.

- ☐ Sim ☐ Não

6) Caso a resposta anterior seja **não**, qual a sua atividade principal?

7) O nível de satisfação quanto a sua remuneração paga pela UNIRIO é:

- ☐ muito satisfatório
- ☐ satisfatório

- ☐ indiferente
- ☐ insatisfatório

8) Você julga que a sua remuneração tem correlação com a qualidade do ensino médico?

- ☐ muito
- ☐ pouca
- ☐ nenhuma

9) Qual sua principal motivação para trabalhar no HUGG?

10) Você é informado sobre os recursos financeiros alocados para o HUGG?

- ☐ sempre
- ☐ às vezes
- ☐ nunca

11) Até que ponto você conhece os critérios de repasse do SUS por procedimento realizado no HUGG?

- ☐ muito
- ☐ pouco
- ☐ nada

12) Você preenche corretamente o formulário de estatística com todos os procedimentos realizados em um dado atendimento?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ ocasionalmente
- ☐ nunca

13) Você encaminha o formulário de estatística com todos os procedimentos realizados após o seu período de trabalho, ao servidor responsável?

- ☐ sempre

- ☐ quase sempre
- ☐ ocasionalmente
- ☐ nunca

14) Quais são as causas que você atribui para não preencher e encaminhar os formulários de estatística?

1 _____

2 _____

3 _____

15) O que lhe motivaria a preencher corretamente e encaminhar os formulários de estatística?

1 _____

2 _____

3 _____

16) Na sua percepção existem conseqüências para o HUGG do não encaminhamento correto dos formulários de estatística?

17) Qual a área que você considera prioritária na sua atividade exercida no HUGG?
Atribua o grau de 1 a 4 (hierarquize).

Assistência	
Docência	
Pesquisa	
Extensão	

18) Em sua percepção estão sendo integrados docência e assistência médica no atendimento ao paciente ?

☐ sim

☐ não

17) No caso da resposta ter sido **não**, o que você sugere para que ocorra esta integração:

1 - _____

2 - _____

3 - _____

4 - _____

Idade:

Sexo: M () F ()

Ano de formatura:

Tempo de serviço na UNIRIO: _____ anos

Clínica onde atua dentro do HUGG:

☐ Clínica Médica – citar a especialidade _____

☐ Clínica Cirúrgica - citar a especialidade _____

☐ Gineco-Obstetrícia – citar a especialidade _____

☐ Pediatria

Formação Acadêmica:

☐ Graduação

☐ Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Pós-doutorado

☐ Livre-docência

B – RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS EM GRÁFICOS

Gráfico 01

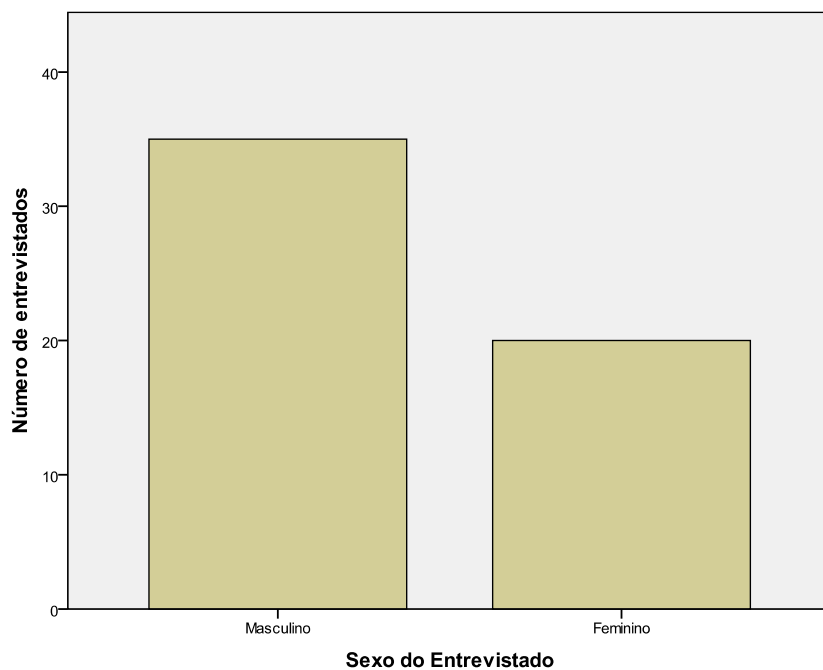


Gráfico 02

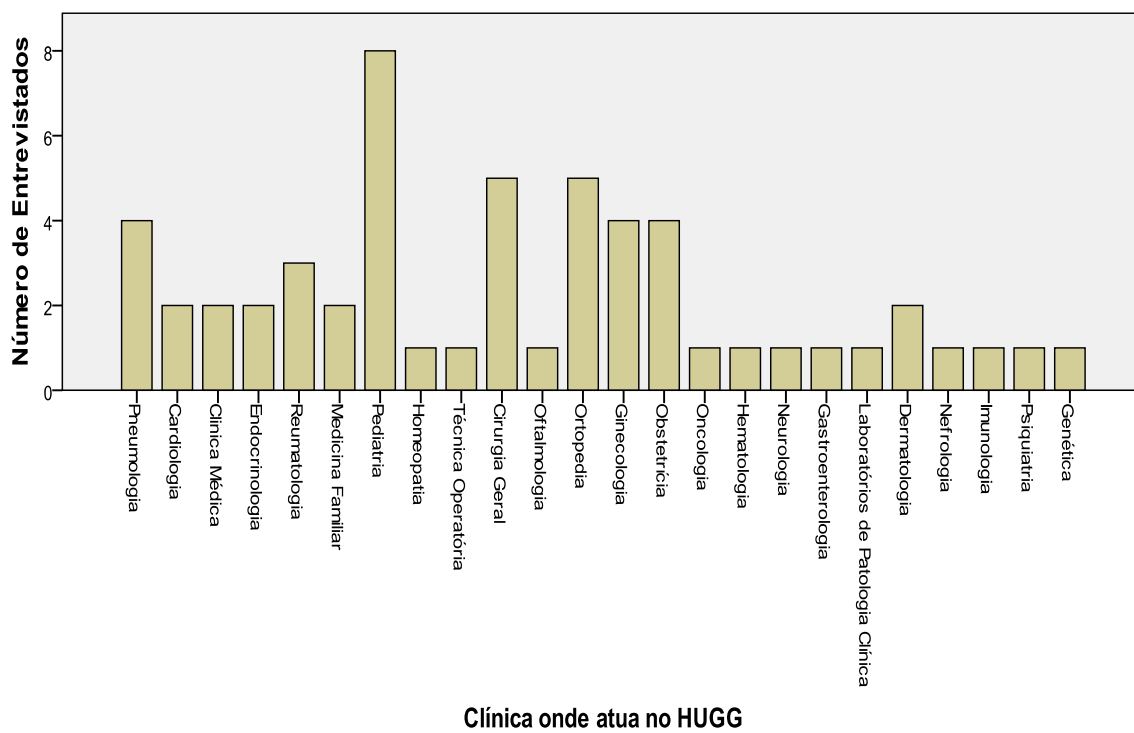


Gráfico 03

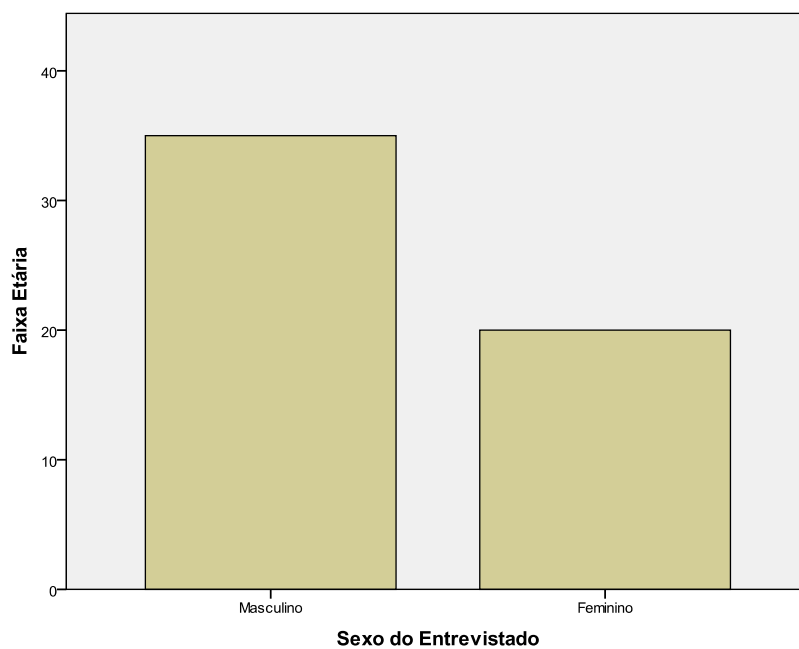


Gráfico 04

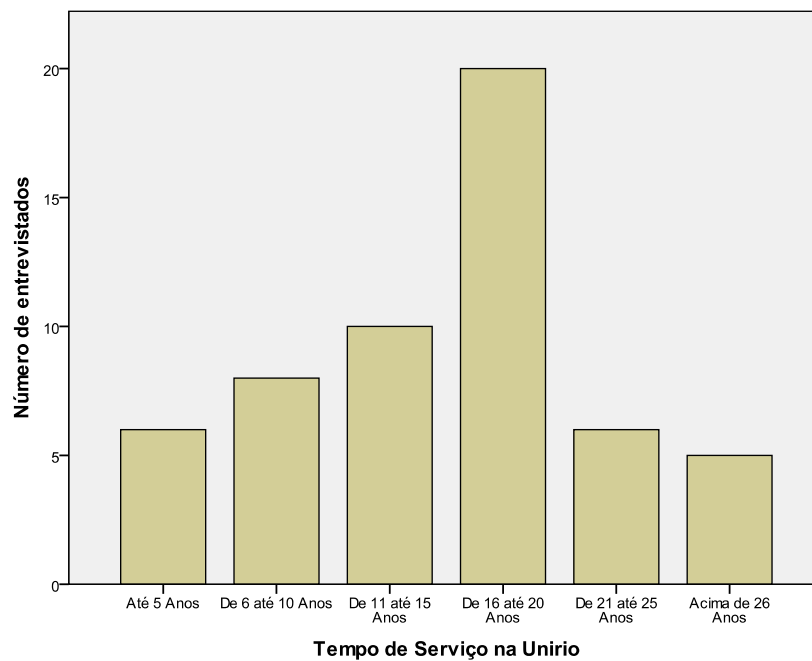


Gráfico 05

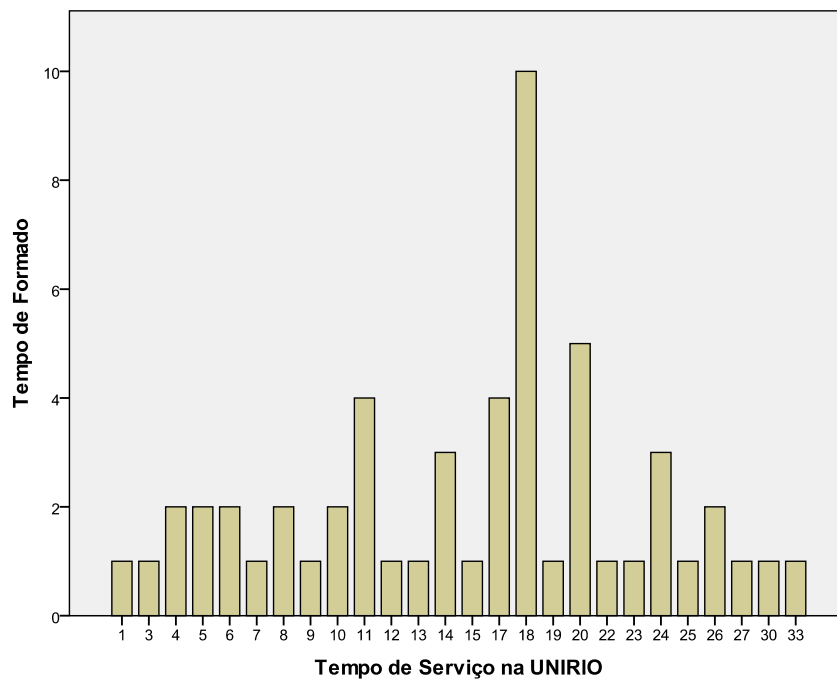


Gráfico 06

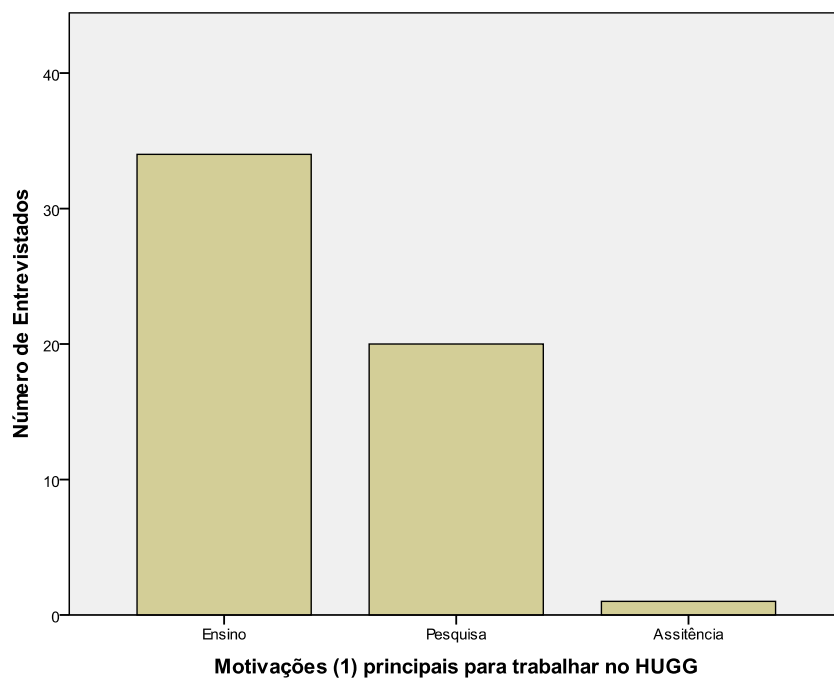


Gráfico 07

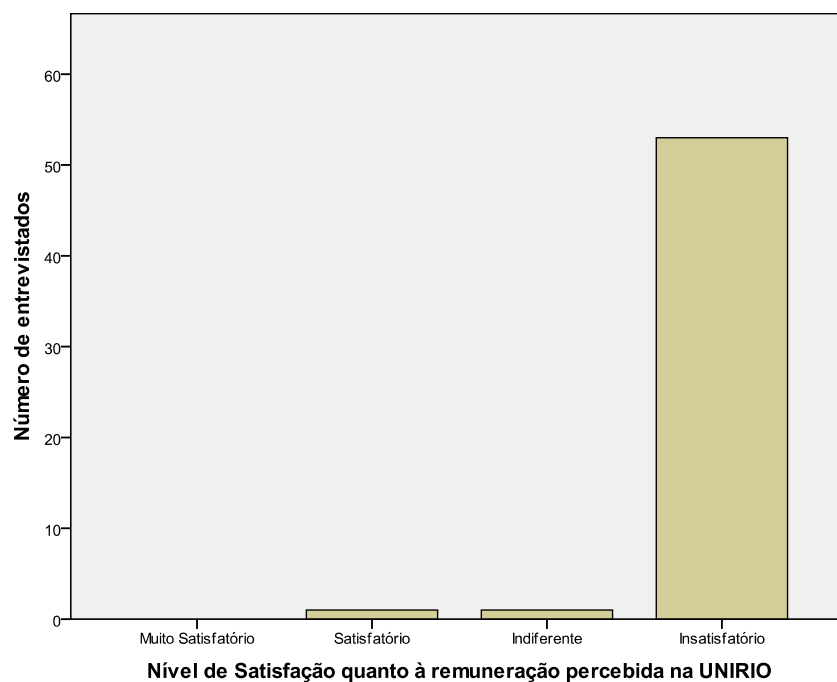


Gráfico 08

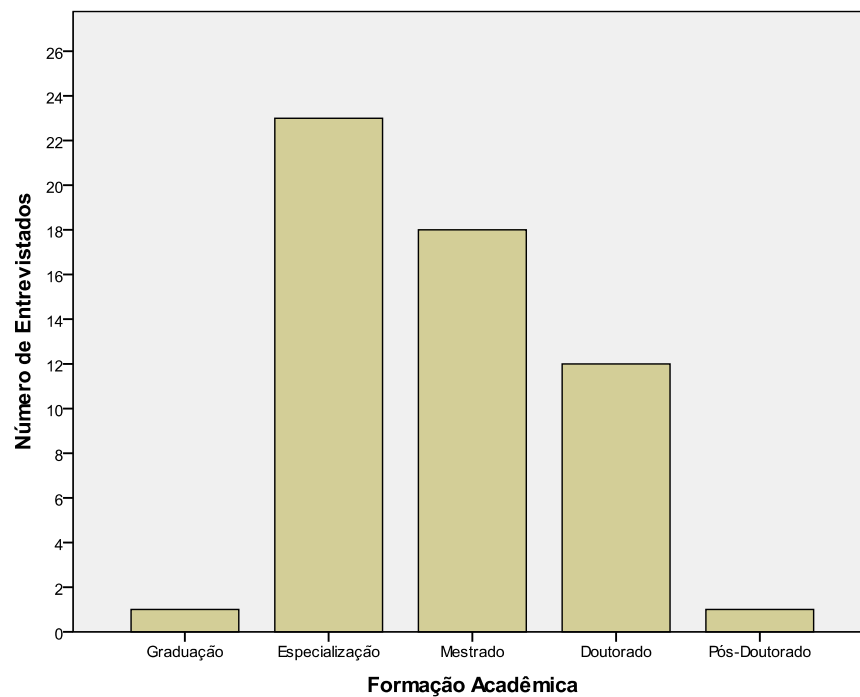


Gráfico 09

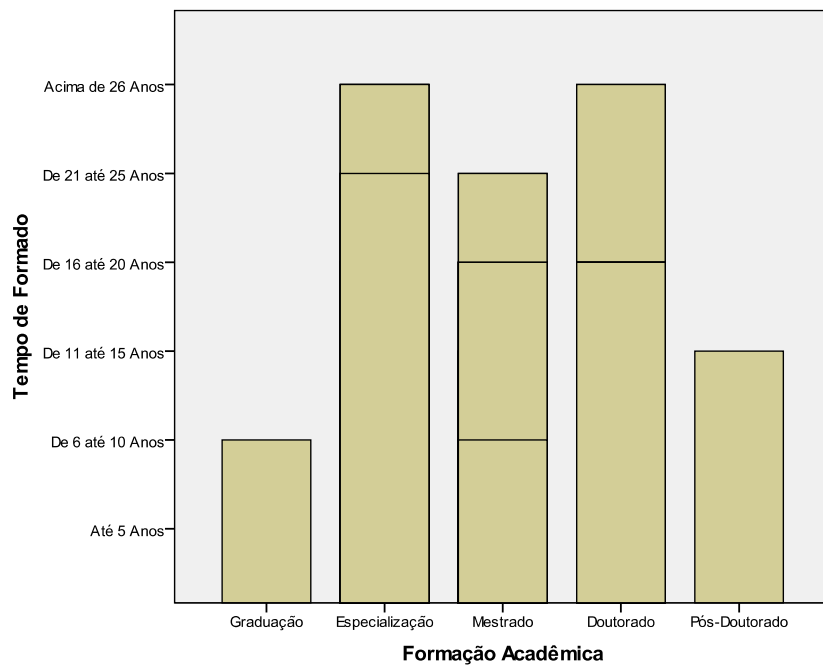


Gráfico 10

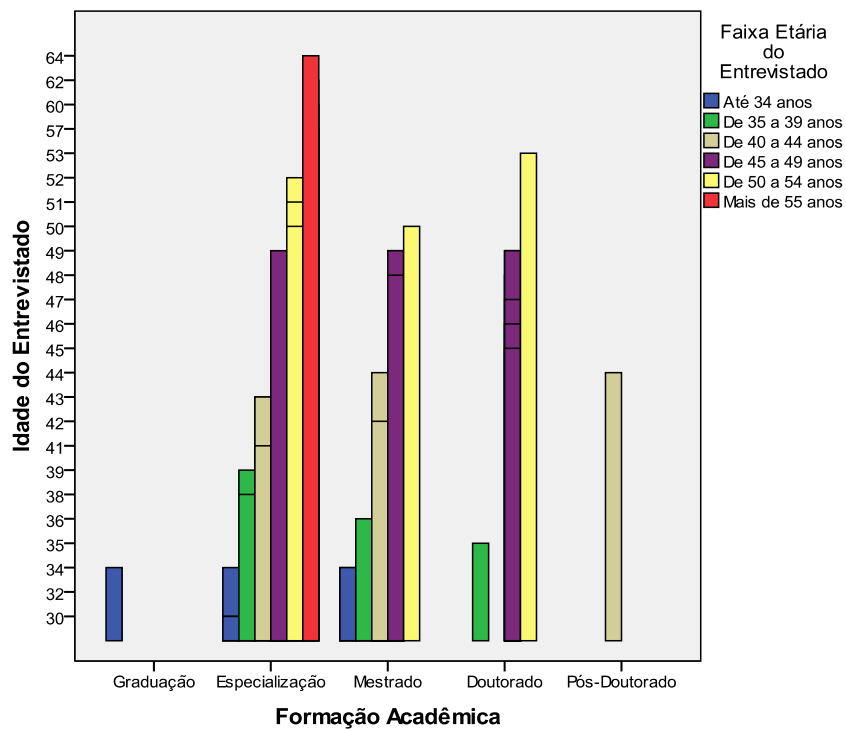


Gráfico 11

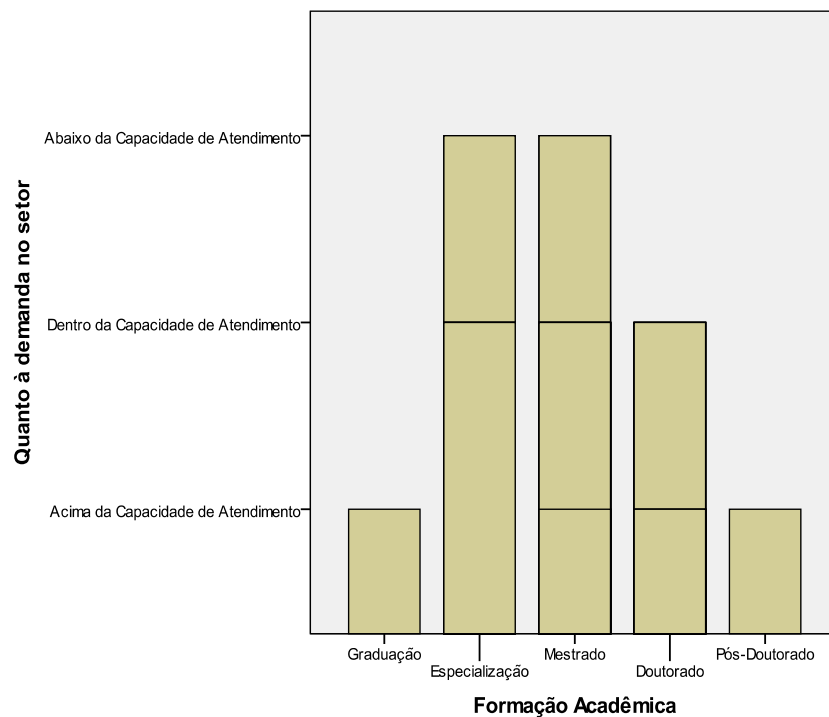


Gráfico 12

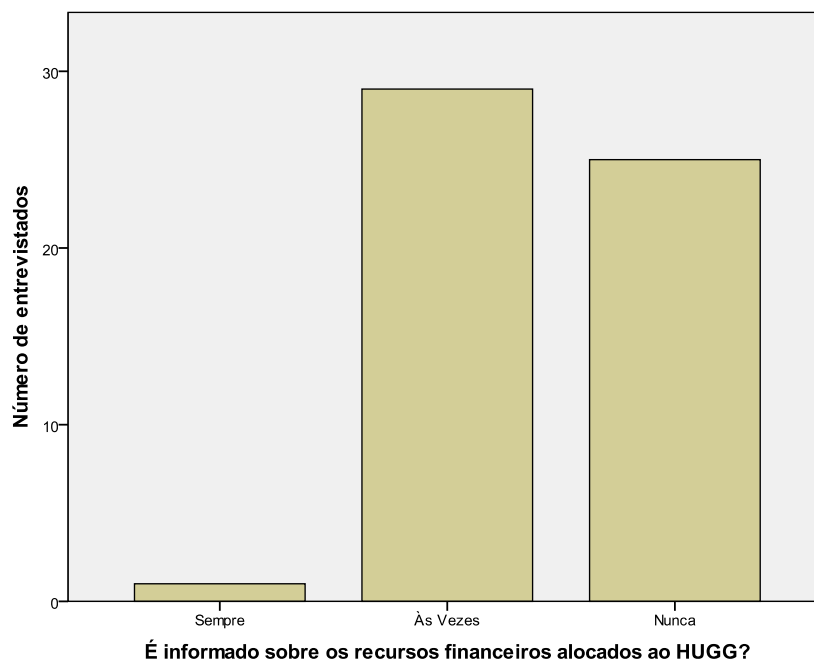


Gráfico 13

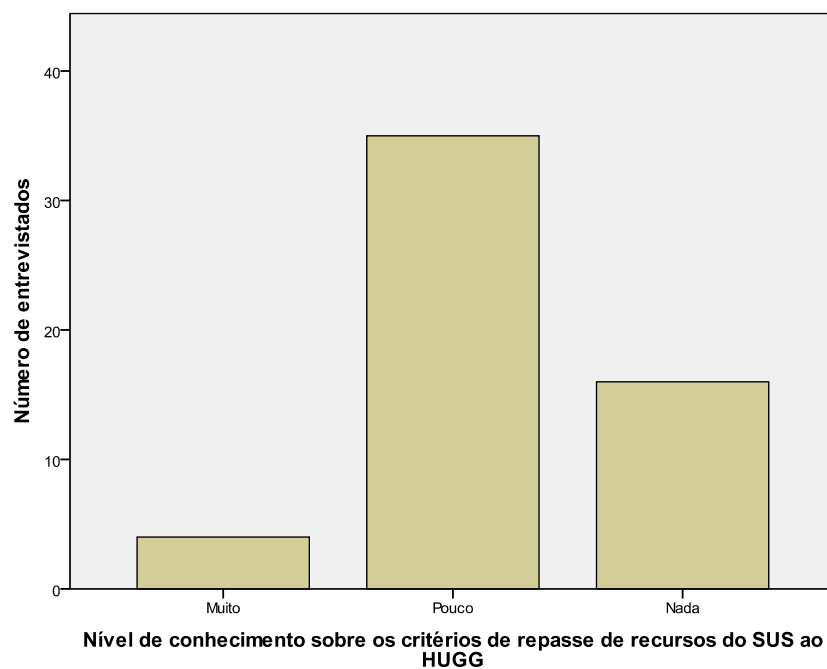


Gráfico 14

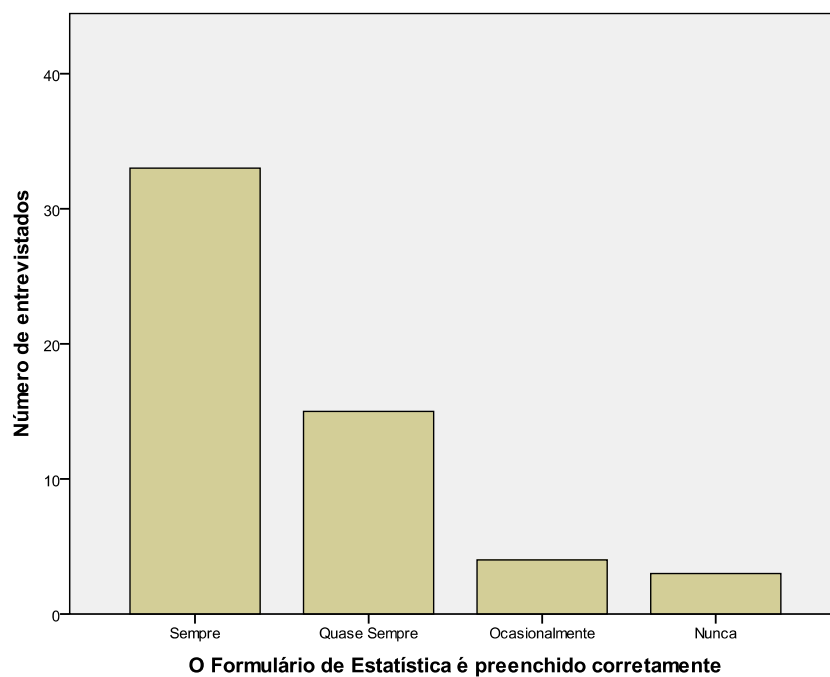


Gráfico 15

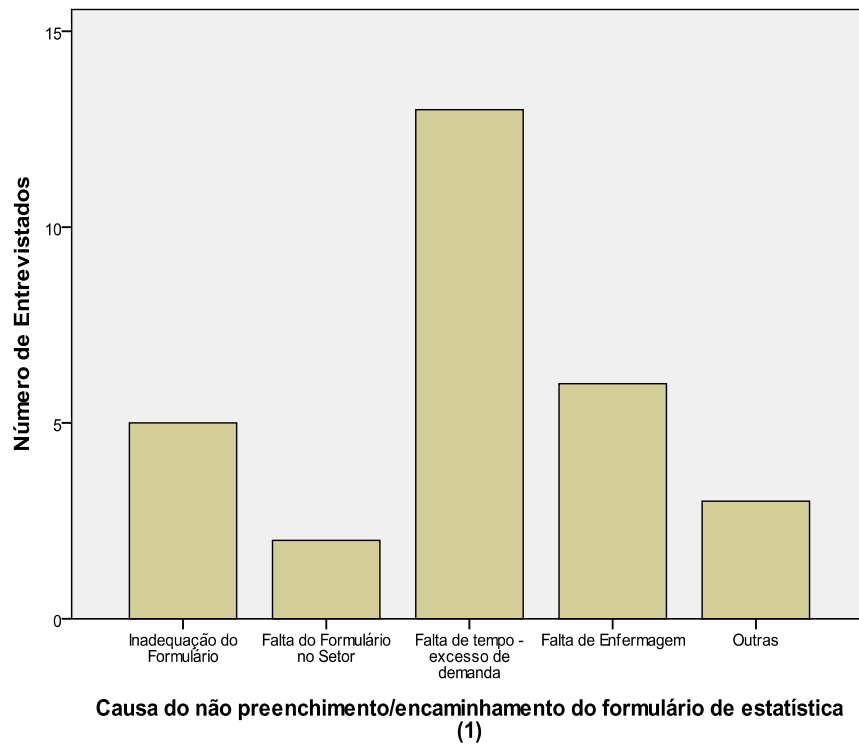


Gráfico 16

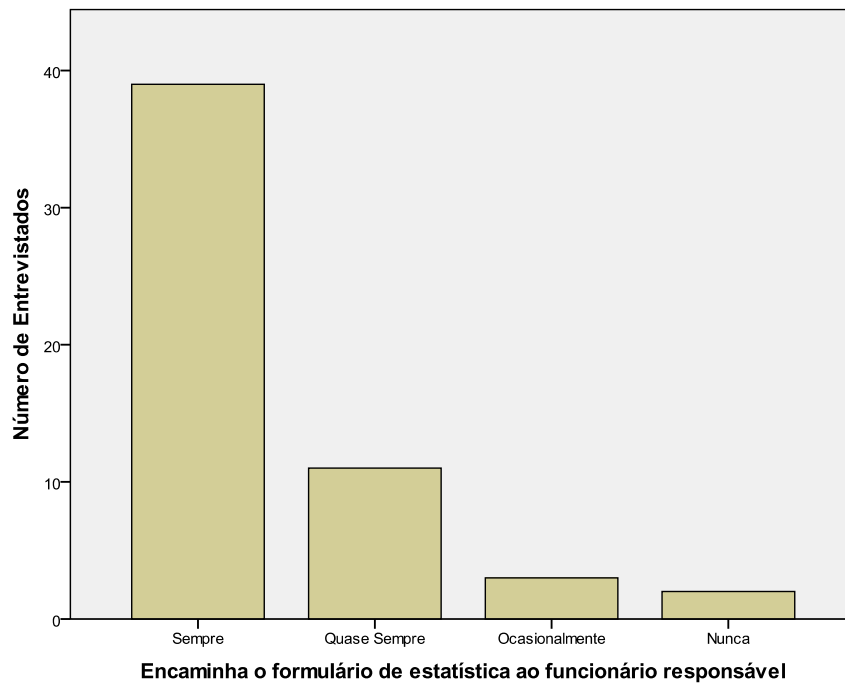


Gráfico 17

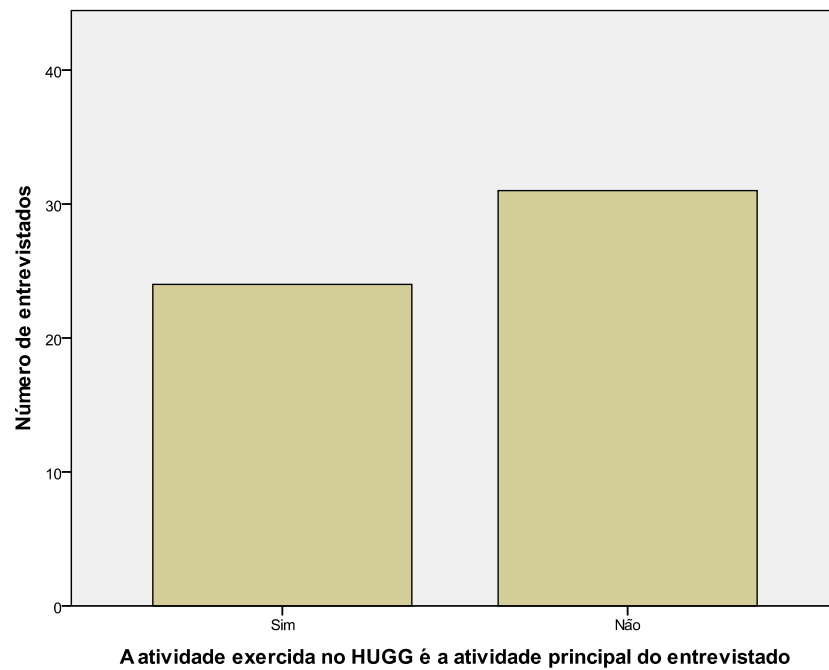


Gráfico 18

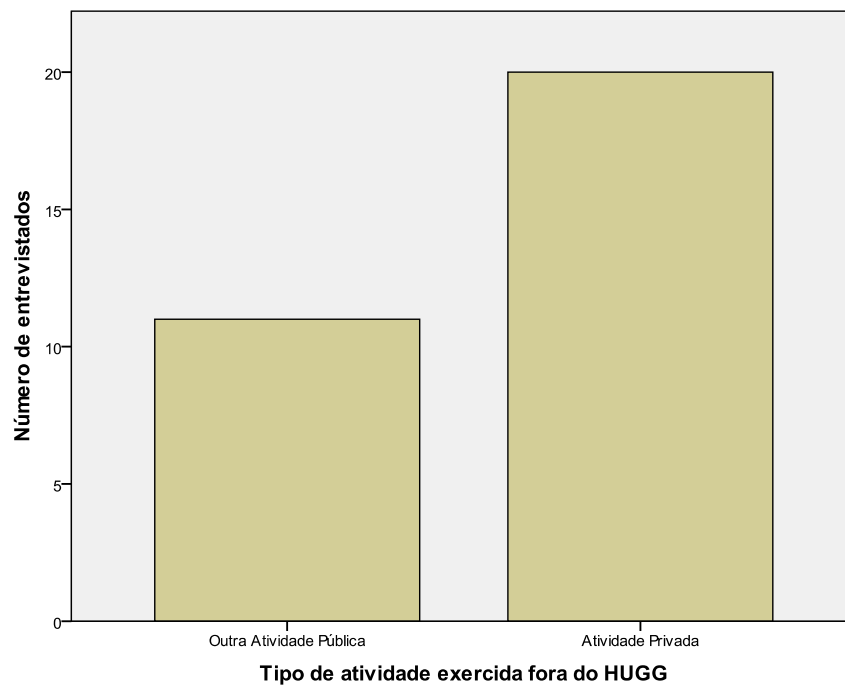


Gráfico 19

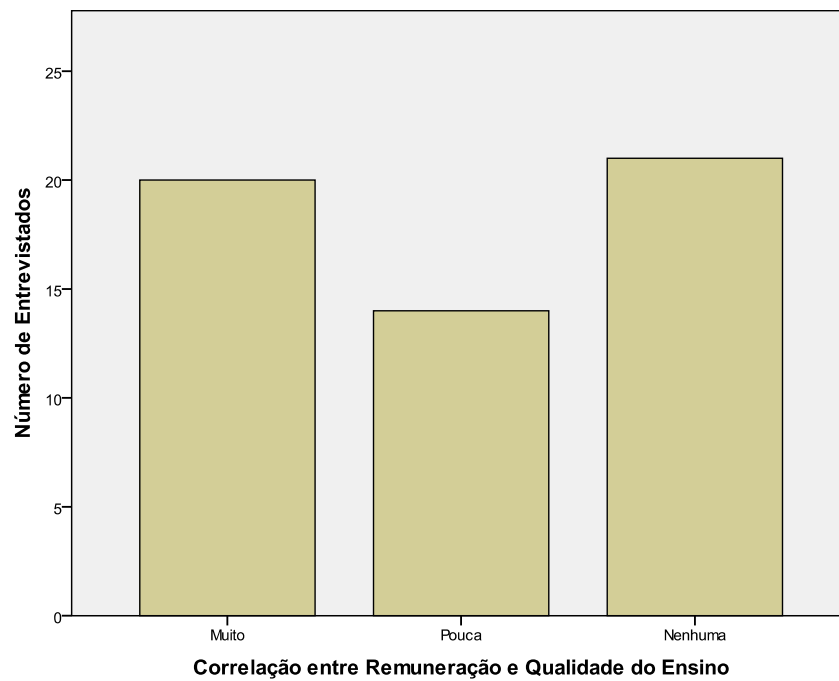


Gráfico 20

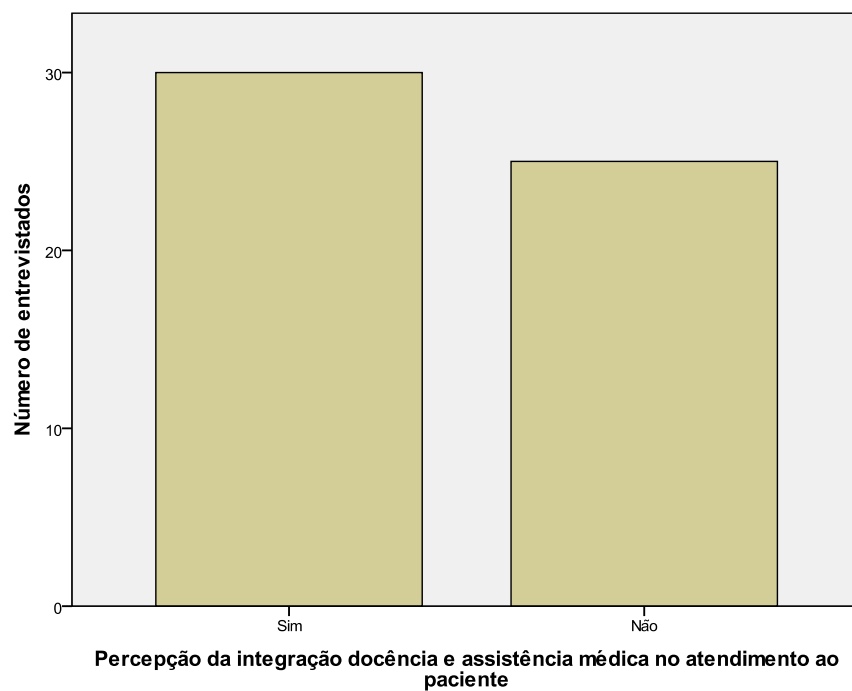
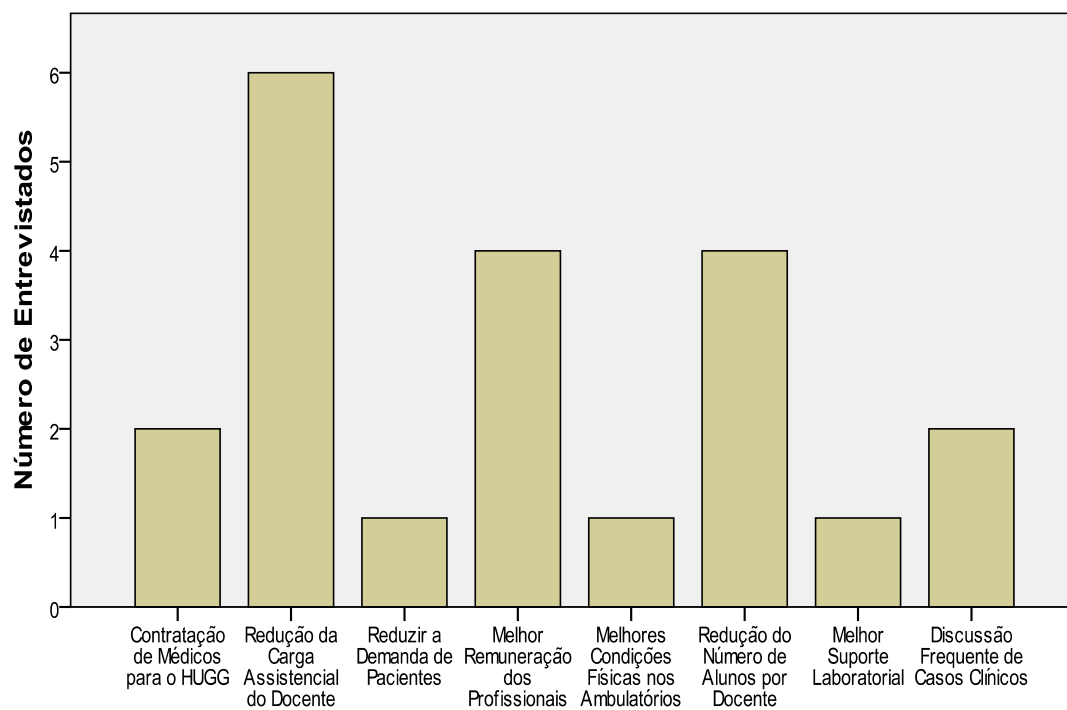


Gráfico 21



Sugestão melhoria da integração entre as atividades docentes e assistenciais (2)