

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA  
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**O PROJETO GERUS, E AS MUDANÇAS  
GERENCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ANGRA  
DOS REIS**

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

**RENATO DE SOUZA TORQUILHO**

Rio de Janeiro, 2000

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA  
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

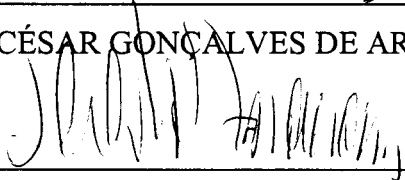
**O PROJETO GERUS, E AS MUDANÇAS GERENCIAIS NAS  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ANGRA  
DOS REIS**

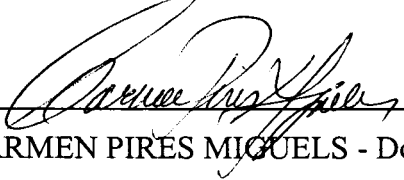
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADO POR  
*RENATO DE SOUZA TÔRQUILHO*

APROVADA EM 30/10/00

COMISSÃO EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
LUÍS CÉSAR GONÇALVES DE ARAÚJO - Doutor em Administração

  
\_\_\_\_\_  
DEBORAH MORAES ZOUAIN - Doutora em Engenharia de Produção

  
\_\_\_\_\_  
CARMEN PIRES MIGUELS - Doutora em Antropologia do Trabalho

Dedico esta dissertação aos meus pais, Itacy (In Memoriam) e Maria Arlete, à minha mulher Delma e ao meu filho Lucas que está por vir. Do ponto que observo, até o momento, o princípio, meio e fim.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer aqueles que, de maneira direta ou indireta, auxiliaram no desenvolvimento desta dissertação não é tarefa simples. Enumerá-los aqui talvez não seja possível, sob pena de se cometer algumas injustiças. Por isto, antecipadamente, peço desculpas aos que aqui não constarem, garantindo, entretanto, que o auxílio não foi em nenhum momento, esquecido ou menosprezado pelo autor.

Agradeço em primeiro lugar a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), na pessoa do Doutor Antônio Sérgio de Almeida Fonseca, que acreditou e ousou por me liberar, para que eu pudesse desenvolver este trabalho, bem como a Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), pela forma como me recebeu, e por ter me garantido as condições necessárias para o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo dos anos do curso de mestrado e na realização desta dissertação.

Agradeço de forma carinhosa, a todos os funcionários da EBAP da Fundação Getúlio Vargas que me auxiliaram e orientaram, do início ao fim das minhas atividades, sempre solícitos, pacientes e competentes, na realização de suas funções, tão importantes e fundamentais para que os alunos alcancem seus objetivos. Referência especial ao Juarez de Oliveira, que pelo maior contato contribuiu de forma ainda mais significativa no meu desempenho na Escola. Ainda mais, por ocasião da doença e falecimento de meu pai. Bem como a dois amigos de trabalho Wagner Ferraz de Lacerda e Rita Cavalcante. A eles o **Meu Muito obrigado.**

Aos professores da EBAP, meus sinceros agradecimentos pela forma competente e sincera com que aceitaram dividir o conhecimento e a experiência com este aluno, enriquecendo-me profissionalmente e, sobretudo, pessoalmente.

Agradeço aos meus colegas pelo apoio, amizade e companheirismo que prevaleceu durante o período que dividimos as salas de aulas, os conhecimentos, as dúvidas, as incertezas, e também as alegrias. Menção especial a Pedro F. G. e a Tadeu Penina, pois a nossa união foi fundamental para que chegássemos ao final desta etapa em nossas vidas.

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Luis César Gonçalves de Araújo que com precisão, competência e paciência que a função de orientador requer, orientou-me fundamentalmente para a realização do trabalho aqui apresentado.

Em especial a Professora Doutora Débora Moraes Zouain que em nenhum momento deixou de atender as minhas dúvidas, e sempre com a inteligência que a caracteriza, me dava luz e alívio as minhas inquietações quanto ao trabalho.

A Professora Dra Carmem Pires Miguelles por mostrar-se sempre à disposição com contribuições construtivas e enriquecedoras.

A secretaria municipal de Angra dos Reis, sobretudo a subsecretária que por sua transparência, sinceridade e inteligência contribuiu de forma decisiva nos resultados deste. E aos trabalhadores das unidades básicas de saúde do Camorim, Belém e

Brachuy, principalmente à seus gerentes que não mediram esforços em me propiciar tudo o que eu precisava para a realização deste trabalho.

Aos meus irmãos Helena e Ricardo que de um jeito ou de outro, ajudaram-me nas conquistas de minha vida, em especial a minha irmã Marília que chegou a assumir algumas de minhas obrigações para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

Aos meus sogros Joaquim e Alzira que estiveram comigo diante das dificuldades que tive para a realização desta dissertação.

Aos meus pais Itacy (In Memoriam), e Maria Arlete, não só pelo incentivo que me deram, principalmente ao se sentirem orgulhosos de mim quando ingressei no curso de mestrado, mas também pelo apoio que me deram nos momentos mais difíceis durante o decorrer deste, e por tudo que fizeram por mim e pela minha vida. Quero deixar aqui registrado meu manifesto em forma de agradecimento, em virtude até mesmo de ter agradecido tão pouco por tudo o que fizeram. É imensa a minha tristeza por meu pai não poder ter assistido a conclusão deste trabalho, e maior ainda a saudade que sinto dele. Pai, esteja onde estiver meu muito obrigado. Mãe, do fundo de meu coração, meu muito obrigado também.

Por último quero agradecer aquela que esteve a meu lado todo o tempo, aquela que dia e noite compartilhou comigo os momentos de alegrias, tristezas, dúvidas e inseguranças, não foi fácil para mim no meio de um trabalho desta natureza perder o pai, sobretudo por uma doença tão cruel e impiedosa. Nem tampouco para ela assistir a minha angústia, cansaço, lágrimas e sofrimento. Não há palavras que possam explicar

com exatidão a dimensão da dor, mas posso afirmar sem medo de errar, que ela entendeu o que eu senti, e dividiu no tamanho exato tudo isto comigo aliviando o meu pesar. Por fim ainda, proporcionou-me talvez a maior alegria de minha vida; a alegria de ser pai, ela engravidou. Quantos significados diferentes, em tão pouco tempo a palavra pai ganhou para mim, não estou com estas poucas linhas querendo fazer confissões de minha vida pessoal, mas sim tentar fazer delas a expressão sincera de meus agradecimentos, e por mais que eu me esforce, creio que não conseguiria atingir em tamanho e altura a grandeza de minha mulher Delma Falcão Torquilha.

## RESUMO

A partir de um estudo de caso nas unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de saúde de Angra dos Reis, procuramos compreender a dinâmica gerencial das unidades básicas após a implantação de um curso de capacitação gerencial denominado Projeto Gerus.

Fundamentados no conceito de anarquia organizada que March, Cohen e Olsen (1976) formularam para explicar as organizações educacionais, trabalhamos com hipótese de que, paralelamente, ao modelo gerencial preconizado pelo projeto, a realidade das unidades básicas de saúde vem sendo construída a partir da reinterpretação dos objetivos formalmente definidos e dos acordos internos que se estabelecem.

Como categorias de análise utilizamos as coligações internas, a representação institucional e os conflitos, questões críticas que contribuem para a caracterização de anarquias organizadas.

Levantado algumas informações por intermédio de entrevista nas unidades básicas de saúde e na secretaria de saúde, foi possível tecer alguns comentários do ponto de vista gerencial e organizacional, com ênfase no processo interativo e nos conflitos, concluímos o trabalho identificando alguns desafios a serem enfrentados pelos gerentes e, possíveis estratégias para enfrentá-los no contexto da secretaria municipal de saúde.



## **ABSTRACT**

Study of the management dynamics in health basic centers, neither the implantation of the Gerus Project ( gerencial qualification course), bared in a caso study of health basic centers of the Health Office of Angra dos Reis.

Based on the conception of organized anarchy, formulated by March, Cohen and Olsen (1976) to explain the educational organizations, we worked with the hypothesis that, in parallel, to the gerencial model commended for the project, the reality of the basic centers of health as being constructed with the reiteration of the objectives formally determined and with the internal agreements established.

As categories of analysis we use the internal coalitions, the institutional representation and the conflicts, criticism questions that contribute to the characterization of the organized anarchy.

With the information raised got from interviews in the basic centers of health and in the Health Office, we analyze the gerencial and organizational questions emphasizing the interactive process and conflicts. We conclude the study identifying some challenges to be faced by the managers and the possible strategies they may use in the context of the "Municipal"Office of Health.

# SUMÁRIO

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	VI
Abstract .....	VIII
Apresentação .....	1

## CAPÍTULO I

Introdução .....	2
------------------	---

## CAPÍTULO II

### Contextualização da Saúde no Brasil

1 O Período da Nova República e a Luta Pela Reforma Sanitária .....	14
1.1 A Reforma Sanitária .....	22
1.2 A unificação Institucional dos Serviços .....	24
1.3 A Descentralização dos Serviços de Saúde .....	26
1.4 A Hierarquização dos Atos e Serviços de Cuidados Médicos .....	28
1.5 A participação Popular nos Serviços de Saúde .....	30
2 Características dos Serviços de Saúde .....	31
3 Desafios para a Gestão dos Serviços de Saúde .....	35
4 Importância da Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde .....	38

## CAPÍTULO III

### As Diferentes Maneiras de se Conhecer as Organizações

1 As Organizações e seu Caráter Contraditório .....	40
2 As Metáforas Organizacionais .....	44
3 O Conceito de Anarquia Organizada Aplicado às Organizações .....	55

**CAPÍTULO IV**

**A Realidade Encontrada nas Unidades Básicas de Saúde ..... 61**

**CAPÍTULO V**

**CONCLUSÃO ..... 77**

**BIBLIOGRAFIA ..... 82**

## APRESENTAÇÃO

O objetivo desta dissertação é identificar e analisar a dinâmica gerencial das unidades básicas de saúde do município de Angra dos Reis após a implantação do curso de capacitação gerencial - Projeto Gerus, comparando-a com o modelo gerencial que o Projeto propunha.

A partir de minha observação e do levantamento de informações, foi possível tecer alguns comentários que envolvem a questão da gerência das organizações de saúde apontando as possíveis distorções, adequações, e ainda identificando a realidade que vem sendo construída nas unidades básicas de saúde, no contexto da rede municipal de saúde do referido município, desde a implantação do Projeto.

A intenção de realizar o presente estudo surgiu da necessidade de aprofundar o conhecimento do assunto, uma vez que toda a vida profissional do autor foi dedicado a organizações de saúde, tornando-se desta forma um apaixonado pela complexidade e diversidade que envolvem este tipo de organização. E ainda por acreditar que a ação pública no que diz respeito a saúde, não pode e nem deve ser regulado pelo mercado num país como o Brasil, onde cada vez mais aumenta os dependentes deste tipo de ação.

Para tanto, acredita o autor que é preciso que estas organizações, a todo momento busquem novos caminhos afim de se aperfeiçoarem e atender cada vez melhor os dependentes da saúde pública, justificando desta forma a razão de sua criação e existência.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUÇÃO**

Neste capítulo é apresentado o problema por intermédio da introdução, configurando-o, e descrevendo-o ao seu final, por meio de uma pergunta a ser respondida pelo presente estudo. Trata ainda do objetivo final, das questões a serem respondidas, da delimitação do estudo, e por último, de sua relevância.

O processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil tem resultado em expressiva ampliação da rede de estabelecimentos básicos de saúde sob a responsabilidade das administrações locais, isto é, das prefeituras municipais. Isto decorre tanto da transferência de unidades que antes pertenciam às Administrações Federal e Estadual, como da criação de novas unidades pelos próprios municípios. A decisão das autoridades locais de assumir tais compromissos vem acompanhada de cobrança de retorno, em termos de aumento na oferta de serviços e de satisfação da população. Surge, então, a necessidade de melhorar a produtividade e a qualidade na prestação desses serviços e, conseqüentemente, o gerenciamento dos estabelecimentos de saúde é colocado em xeque, como importante fator limitante para o alcance de tais objetivos. Por essa razão, tem-se apresentado progressiva demanda por capacidade gerencial nas unidades da rede básica de saúde.

O crescimento dessa demanda deve ser analisado levando em consideração diversos aspectos. Merece destaque inicial o próprio crescimento das demandas sociais

por mais e melhores serviços públicos em todas as áreas, particularmente na de saúde, como consequência de fatores que se somam: a elevação da consciência de cidadania, hoje respaldada pela Constituição, que reconhece o direito à saúde como uma obrigação do Estado; a peculiaridade da transição epidemiológica num país como o Brasil, onde novos problemas se agregam às mazelas crônicas que afrontam a saúde da população; a crise econômica que, agravadora da situação social de largas faixas da população, aumenta o contingente de dependentes da ação pública. Um segundo plano de abordagem refere-se à avaliação geral que se tem do desempenho dos serviços públicos de saúde, que bem poderia sintetizar-se nas seguintes observações: baixa cobertura e desigualdade no atendimento, fraca resolatividade das ações, reduzido grau de satisfação por parte dos usuários e dos próprios trabalhadores ocupados na prestação dos serviços e, consequência de tudo isso, elevado custo/benefício do sistema de saúde.

Ao tratar da questão da demanda por capacidade gerencial, torna-se indispensável abordar o tema da concepção filosófica ou das bases conceituais que orientam as práticas vigentes na administração pública, particularizando o perfil gerencial demandado pelas organizações de saúde. Essa questão poderia ser enunciada do seguinte modo: quais os atributos desejáveis para o desempenho da função gerencial nos estabelecimentos de saúde, em termos de conhecimento, habilidades e atitudes?

O ponto de partida deve ser a análise das características das organizações prestadoras de serviços de saúde, que, segundo Dussault (1992), são organizações profissionais, voltadas para o atendimento de necessidades multidimensionais e, no caso do setor público, submetidas a influências ou injunções políticas e sociais ou, ainda meramente burocráticas, que muitas vezes nada têm a ver com suas finalidades

precípuas. Nos estabelecimentos de saúde, quem verdadeiramente exerce o controle do processo produtivo são os diversos profissionais que operam os serviços, cabendo aos gestores um papel bastante limitado no desempenho final da organização. O objeto ou a razão de ser dos serviços de saúde, uma questão aparentemente simples, envolve na verdade, uma rede de diferentes interesses, os quais podemos destacar: usuários, profissionais (corporações), gestores, e dirigentes governamentais (políticos) e todos os segmentos empresariais envolvidos no suprimento de bens e serviços necessários ao funcionamento das organizações de saúde. Todos esses argumentos levam ao reconhecimento dessas organizações como espaços de realização de múltiplos interesses, verdadeiras arenas de conflitos, onde o desempenho da função gerencial não pode reger-se por regras fixas e rotinas burocráticas, nos marcos do paradigma administrativo vigente no setor público.

O enfrentamento dessa demanda por capacidade gerencial desdobra-se em planos interdependentes: o delineamento do perfil gerencial desejável e a concepção e implementação de estratégias de capacitação adequada, partindo-se da adoção de novos conceitos e novas propostas de gestão. A reformulação dos atuais paradigmas administrativos constitui, desse modo, o referencial que orientou a elaboração do Projeto GERUS.

Os traços mais relevantes desse novo perfil gerencial para os serviços básicos de saúde preconizados pelo projeto GERUS, incluem a capacidade de atuar num ambiente complexo, variável e cheio de limitações. Atuação que se desdobra em três momentos que definem, por projeção, as áreas de capacitação gerencial:

- a avaliação do quadro de necessidades de saúde, da oferta de serviços e da disponibilidade de recursos no ambiente institucional e sócio - político;
- a reorganização do processo de produção no ambiente particular de uma organização profissional ( programação de operações para enfrentar ou antecipar-se a problemas);
- condução das operações, ajustando decisões a um contexto em permanente mutação.

A proposta para Desenvolvimento de Capacidade Gerencial em Unidades da Rede Básica de Saúde - Projeto GERUS - foi elaborada como atividade da cooperação técnica - Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, sob responsabilidade do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação do Brasil.

A operacionalização do projeto foi desdobrada nas seguintes etapas:

- Desenvolvimento metodológico, que resultou na elaboração do currículo de um curso de especialização e da proposta de preparação de seus monitores e na seleção e produção de material instrucional;

- Teste da metodologia, por meio da implantação do projeto em algumas secretarias de saúde, que resultou na revisão e aperfeiçoamento do programa de curso, e na validação do material instrucional;

- Implementação do projeto em escala nacional.



No segundo semestre de 1994, o projeto GERUS encontrava-se implantado no Distrito Federal, dez capitais e vinte municípios . Em todos os casos, a implementação deveu-se por meio de parceria entre as Secretarias de Saúde e Universidades. Atualmente, encontram-se preparados mais de 150 monitores e os diversos cursos já atenderam uma clientela superior a 1100 profissionais, em sua grande maioria gerentes de unidades básicas das redes municipais de saúde. No Estado do Rio de Janeiro foram desenvolvidos cursos para monitores em Angra dos Reis, Niterói e Volta Redonda, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública.

Os gerentes das unidades básicas de saúde de Angra dos Reis formaram-se no mês de julho de 1997, e ainda, no mesmo ano, formaram-se também os gerentes dos outros dois municípios: Niterói e Volta Redonda.

O desempenho da gerência envolve algumas aptidões básicas que, como quaisquer outros atributos humanos, apresentam uma distribuição muito variável entre os indivíduos. Contudo, sabe-se que o aprendizado de conceitos e métodos, bem como o reforço de determinadas habilidades e atitudes podem contribuir expressivamente para a melhoria de tal desempenho. Por isso adquire relevância o papel do gestor a partir de sua capacitação.

Do exposto, depreende-se o problema sobre o qual se alicerça esta pesquisa. Ele pode ser sintetizado na seguinte pergunta : Quais as mudanças, de aspecto gerencial nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Angra dos Reis - RJ, após a implantação do programa de capacitação gerencial nas unidades básicas de saúde - projeto GERUS ?

Objetivando identificar e analisar o questionamento acima, intentar-se-á responder às seguintes questões:

- 1 - Que papéis estão cumprindo estes novos gerentes ?
- 2 - Que realidade está sendo construída nas unidades básicas de saúde ?
- 3 - No que resultou a reorganização dos serviços nas unidades básicas de saúde preconizada pelo projeto ?

É fato notório que o problema de saúde no Brasil tem causas e implicações muito mais profundas do que a simples questão do aporte gerencial poderia explicar. Sem deixar de considerar os aspectos políticos, financeiros e temporais que envolvem a situação da saúde em nosso país, seria reducionismo tentar compreendê-la apenas no que diz respeito a uma de suas facetas, qual seja : o aspecto gerencial. Entretanto, é mister reconhecer-se que a gerência das unidades básicas de saúde exerce um papel relevante no funcionamento dos serviços oferecidos pelas mesmas e, portanto, a sua compreensão facilita a visão global do problema; daí advém o enfoque pretendido por este trabalho, delimitando-se portanto, a gerência das Unidades Básicas de Saúde do município de Angra dos Reis.

Tendo em vista a ressalva anterior, este estudo limitar-se-á à observância de uma situação gerencial tal qual ela se encontra no momento atual, em análise comparativa à situação preconizada pelo projeto, embora a menção de situações passadas possa servir de ferramenta para auxiliar um melhor entendimento do que ocorre hoje, e eventuais prognósticos possam ser levantados em nível de propostas que sejam por ventura apresentadas. Assim sendo, intentar-se-á levar em consideração algumas questões que

envolvem os serviços de saúde, que se resumem nos interesses de: gerentes, profissionais e usuários que constituem as unidades básicas de saúde.

A relevância deste estudo está baseada na própria Constituição Federal de 1988, que referendada como prioridade nacional, consagrou o capítulo II do título VIII - Da Ordem Social - para tratar das questões relativas à seguridade social, as ações concernentes à saúde, previdência e assistência social ganham crescente importância em meio às inúmeras funções que o Estado chamou a si. No mesmo ponto da Carta Magna é possível detectar tal relevância, tendo em vista, por exemplo, a seção II do mesmo Capítulo e Título, Art. 196. Preconiza-se que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". E ainda na mesma seção os Arts. 197, 198 e 200, o primeiro regendo que "são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado". O segundo falando da constituição do Sistema Único de Saúde por meio da integração das ações e serviços públicos de saúde a uma rede regionalizada e hierarquizada. E o último falando das competências deste sistema dentre as quais destaca-se a de "Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde".

Além da preocupação do legislador constituinte, observa-se que há toda uma gama de legislação infra-constitucional, tratando de temas relacionados à seguridade social e, por conseguinte, às áreas que ela engloba. A área aqui pretendido é a saúde.

Tais dispositivos tão somente refletem a atenção e a preocupação da sociedade brasileira com um setor que encontra-se visivelmente aquém dos anseios de um país que busca sedimentar sua bases democráticas não apenas em termos políticos e econômicos, mas também sob o aspecto social. A questão da saúde, notoriamente, encontra-se no seio das principais reivindicações do cidadão brasileiro, que, aos poucos, conscientiza-se de sua importância para o seu bem estar físico, mental e social. Nenhum Estado pode firmar-se sem promover ao seu povo as condições compatíveis de subsistência e dignidade e, entre elas, a saúde destaca-se como primordial. Logo a questão da gerência das unidades de saúde ganha extrema importância para o alcance de melhores resultados, e também para que os serviços de saúde cresçam não apenas em termos quantitativos, mas e precipuamente em termos qualitativos.

É claro que aqui está-se atendo somente às iniciativas públicas, sem falar-se no campo da atuação privada, que também executa diversas ações inerentes a esta área e que por vezes afeta inclusive o setor público.

Do exposto depreende-se a importância do presente estudo, uma vez que ele se propõe a identificar as mudanças de cunho gerencial observadas nas unidades básicas de saúde, após a implantação de um programa de capacitação gerencial de âmbito nacional, a fim de que este possa contribuir para que atitudes, no sentido de corrigir distorções, possam ser tomadas por quem de direito, até mesmo para a continuidade dos programas, com uma significativa ampliação de visão do que realmente ocorre em termos gerenciais, em relação a uma situação anteriormente desejada.

Utilizando a taxonomia proposta por Vergara (1997), a pesquisa classifica-se segundo dois critérios básicos sugeridos pela autora:

- (a) quanto aos fins;
- (b) quanto aos meios.

Quanto aos fins: **descritiva e explicativa**, posto que a segunda pressupõe a primeira. Ao se analisarem as características gerenciais atuais das unidades básicas de saúde, tentamos estabelecer as necessárias correlações entre a situação existente e aquela desejada pelo programa de desenvolvimento gerencial. Neste sentido, procuramos justificar os motivos pelos quais algumas ações foram ou não incorporadas pelos gestores destas unidades em seu dia a dia no trabalho, e quais as novas deficiências a serem superadas.

Quanto aos meios: **bibliográfica**. Devido a necessidade de um estudo sistemático com vistas ao entendimento teórico do tema da pesquisa. Em um segundo estágio ela é de **campo** por meio de instrumento não estruturado, objetivando a complementação da pesquisa bibliográfica, conectando o estudo teórico à realidade organizacional, investigando a questão da gerência sob o ponto de vista dos profissionais que atuam no interior das unidades básicas de saúde, dos gestores, e dos usuários daquele serviço.

O universo desta pesquisa é a Secretaria de Saúde do Município de Angra dos Reis, bem como as unidades básicas de saúde pertencentes a esse município, que por intermédio de seus gerentes, participaram do programa de capacitação gerencial - Projeto GERUS. O enfoque será dado sob o ponto de vista dos agentes influenciados direta ou indiretamente pela gestão dos serviços prestados pelas unidades de saúde.

Dentre estes agentes destacam-se os gestores das unidades básicas de saúde, que são os responsáveis diretos pelos resultados alcançados pelas mesmas, os profissionais que estão subordinados a estas gerências e que cumprem um papel fundamental para o desempenho destas e, aqueles que fazem uso dos serviços prestados e que participam efetivamente do processo de trabalho no interior destas organizações. Pois, entre outras coisas, os usuários dos serviços de saúde são a matéria prima destes estabelecimentos.

Adotando os critérios de acessibilidade e tipicidade, foram selecionadas como amostra para este trabalho as unidades básicas de saúde denominadas como: Bracuhy, Belém, e Camorim. Cabe ressaltar ainda que, a escolha das unidades foi realizada em conjunto entre a Secretaria Municipal de Angra dos Reis, e o autor desta pesquisa. E ainda que, a unidade básica de saúde denominada Bracuhy, foi escolhida em virtude da mesma está sendo gerenciada por profissional que não participou do programa de capacitação gerencial Projeto - GERUS , objetivando desta forma, identificar os contra pontos gerenciais.

Os sujeitos desta pesquisa são os gerentes e funcionários das unidades básicas de saúde especificadas no universo. A seleção foi feita em função do poder decisório dos cargos ocupados e da experiência de trabalho. São também os usuários desses serviços, em virtude de serem eles a razão de existência dos serviços prestados.

Segundo Vergara ( 1997 ) neste item deve-se correlacionar os objetivos com os meios para alcançá-los e justificar sua adequação. Isto posto, com vistas a responder às questões anteriormente descritas, a coleta de dados desenvolveu-se da seguinte forma: **pesquisa bibliográfica** que proporcionou a base teórico - empírica para o

desenvolvimento do objeto do estudo, tendo por pressupostos as idéias, conceitos e reflexões extraídas dos livros, periódicos, jornais, tese e dissertações da área da antropologia, sociologia, filosofia, administração e áreas afins. A **pesquisa de campo**, como já mencionado, ocorreu através de entrevistas que visavam alcançar informações detalhadas das percepções e julgamentos dos entrevistados.

Em relação às entrevistas utilizadas para a coleta de dados cabe dizer que elas não são estruturadas, as perguntas foram elaboradas a partir de tópicos gerenciais previamente estabelecidos, porém as respostas são abertas e não raro originou outras perguntas no momento da entrevista, para cada uma das entrevistas realizadas. A própria natureza do tema, uma vez que este relaciona-se com constantes transformações, indica que serão mais ricos os diálogos assim travados entre entrevistador e entrevistado. As entrevistas foram gravadas para se ter maior segurança quanto à transcrição dos referidos diálogos, evitando, desta forma, situações indesejáveis.

Considerando que o foco do presente estudo consiste na correlação entre dois tipos de situações há que se buscar os meios mais adequados para tratá-los, o que exige um certo nível de complexidade para que não se extrapolem nem se inibam as possibilidades de estabelecimento das relações pertinentes ao problema.

Objetivando o tratamento dos dados coletados no instrumento da pesquisa de campo busca-se trabalhar e desenvolver uma análise qualitativa. Neste sentido o método utilizado é o **hermenêutico**, cuja característica principal é a compreensão, a tradução e a interpretação das questões de significado buscando-se compreender a questão da

gerência nas unidades básicas de saúde a partir do ponto de vista de quem a vivencia e a experimenta, ou seja, seus gestores e demais envolvidos na questão.

É interessante, entretanto, que se façam algumas considerações a respeito das limitações encontradas percorrendo os caminhos que levaram esta dissertação ao seu destino final

Uma importante limitação presente nos métodos de coleta e tratamento de dados, refere-se à questão subjetiva que envolve tanto um quanto o outro. Considerando que a interpretação é de total responsabilidade do pesquisador, e apesar de poder-se levar em conta toda a fundamentação teórica que este possa ter, é essencial que se tenha em vista que todo o trabalho apoia-se fundamentalmente em sua capacidade de observação, raciocínio e estruturação formal ( escrita ) de idéias e, portanto, o trabalho final é sempre provisório e que este trabalho é na verdade, também expressão da práxis do autor, portanto marcado por suas próprias limitações.

Uma outra limitação diz respeito aos aspectos operacionais dos métodos escolhidos: falta de motivação do entrevistado em colaborar com as respostas, compreensão inadequada das perguntas, grau de confiabilidade das respostas (Gil, 1987).

Apesar destes pontos acima considerados e, em razão deles mesmos, esta é uma dissertação que percorre o caminho da complexidade e simplicidade ao mesmo tempo, juntando a razão e a emoção de cada elemento envolvido.



## **CAPÍTULO II**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

Neste capítulo, foi abordado o tema da descentralização dos serviços de saúde, as características dos mesmos, os desafios para sua gestão, bem como a importância da gestão junto a estas, finalizando com considerações atuais sobre a questão da saúde no Brasil.

#### **1 - O Período da Nova República e a Luta Pela Reforma Sanitária**

A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática.

Essas negociações colocaram em plano secundário - na verdade quase excluíram - os sindicatos e partidos de esquerda, recém saídos da clandestinidade, apesar de seu sucesso eleitoral nos anos 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda.

No Brasil, as políticas públicas desempenharam um papel muito importante na consolidação da ordem republicana que, desde a origem manteve traços antidemocráticos cujas raízes penetram profundamente nas estruturas existentes, fundindo-se a interesses sociais objetivos e contraditórios entre si. Tais condições não podem ser modificadas em poucos anos, na passagem de uma conjuntura para outra, o que favoreceu, no período que analisamos, a perpetuação dessa situação de exclusão.

Os interesses contraditórios, enraizados no solo político brasileiro, se manifestam com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica destas políticas. As proporções de uma mudança estrutural através de uma reforma sanitária, por exemplo, têm sido impedidos por obstruções, boicotes, desentendimentos e distorções colocadas por tais interesses, internos e externos às instituições de saúde. Isso dificulta que, para além dos discursos e das normas, a prática institucional experimente transformações consistentes.

A transição de um regime ditatorial para uma situação de estabilidade democrática deveria supor a capacidade de superar problemas sociais e políticos herdados de um passado secular. No caso particular das proposições para uma nova política de saúde, em debate no cenário nacional desde a primeira metade dos anos 80, é necessário sublinhar a divergência, e às vezes o antagonismo, entre os discursos institucionais a propósito de temas fundamentais. Apesar disso, devem ser sublinhadas nesse período a novidade e a originalidade de certas práticas institucionais e a oportunidade do surgimento de outras, nos domínios da participação popular em serviços de saúde e da descentralização institucional.

Queremos assinalar, além disso, outras características específicas dessa conjuntura. Entre elas, destaca-se o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e a conseqüente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes desses interesses. Esse confronto e luta se desenvolvem seja no campo macroanalítico, do poder, isto é, tanto nos ministérios e no Congresso como nos hospitais, ambulatorios e unidades municipais de saúde. Os discursos e os saberes das diversas corporações profissionais envolvidas na questão da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, etc.) também têm sido um foco de luta política no cruzamento dos níveis macro e microanalítico de disputa pelo poder de traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia.

Deve ser observado, também o debate havido nos anos 80 entre profissionais da área de saúde e entre estes e a clientela das políticas médicas (principalmente, populações urbanas de baixa renda), representada, por exemplo, por organizações comunitárias.

Nos últimos anos da década, nesse contexto de lutas no nível dos discursos, das práticas e das estratégias políticas pela reforma das instituições de saúde, manifestaram-se os impasses de nossas políticas sociais. Tais políticas - características, em vários aspectos, dos países do terceiro mundo - se revestem, no Brasil, de uma importância proporcional ao papel do país (oitava economia do mundo) na América Latina e no conjunto das nações, apesar dos repetidos reveses políticos de sua história, especialmente no que diz respeito à construção de uma ordem democrática no Estado e nas instituições em geral. A atuação de grandes interesses sociais e econômicos,

externos e internos, perpetuou uma ordem social externamente concentrada, em termos políticos e econômicos, desde o início da República.

No que concerne às oposições sociais que afetam a base da organização do setor, deve-se mencionar, primeiramente, os interesses de uma burguesia da saúde, opostos aos da clientela de trabalhadores urbanos e rurais.

A burguesia da saúde pode ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas; grupos ligados aos serviços médicos destinados às empresas; grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; empresas multinacionais de produtos farmacêuticos; e, finalmente grandes médicos liberais, defensores de uma ideologia privatista.

A clientela é formada por trabalhadores (urbanos e rurais) e seus dependentes (sua família) e por uma camada de classe média, impossibilitada de pagar custos médicos hospitalares e clínicas especializadas. Nos anos 80, com o retorno do processo inflacionário, esses custos tiveram uma alta vertiginosa.

Essa oposição de interesses de base encontra sua expressão mais acabada na alternância de orientação e de proposições para o setor: a uma orientação privatizante e internacionalizante contrapõe-se uma orientação estatizante e nacionalizante. É necessário acentuar, entretanto, as nuances presentes no interior de ambas as orientações, que experimentam conflitos internos entre tendências.

A defesa do que deve ser ou não nacionalizado - isto é, estatizado - levanta discussões e divergências profundas entre os que apoiam esse caminho. Este é apenas um dos pontos de conflito no interior de uma das tendências de base. Pode-se ter uma idéia da intensidade do debate havido na conjuntura que analisamos.

A gestão, a distribuição, o financiamento e a avaliação dos serviços de saúde; a natureza e a oportunidade dos atos médicos, isto é, a maior ou menor intensidade da medicalização do social; a integração e a hierarquização dos serviços por nível de complexidade, desde as unidades de cuidados primários até os hospitais mais complexos e especializados, são outros pontos em torno dos quais discussões e conflitos são igualmente intensos.

Não discutiremos as divergências que os diversos grupos políticos presentes na cena brasileira mantêm entre si, em relação a pontos específicos da reforma sanitária. Nosso objetivo aqui é explicitar, na ,medida do possível, a política de saúde recente em relação à história das políticas de saúde no Brasil. Interessa-nos destacar, nesse sentido, o que é estrutural, isto é, o que há de comum, ou recorrente, em várias conjunturas e, ao contrário, o que é conjuntural, ou seja, o que mudou e o que é inédito nos discursos e nas práticas institucionais de saúde.

O debate privado X estatal, ou nacional X internacional, a que nos referimos, é recorrente no discurso da política de saúde desde os anos 50. Nos anos 80, uma característica nova e, talvez, original na discussão desses temas foi a entrada em cena do empresário da saúde como um ator político que defende publicamente seus interesses, com *lobbies* no Congresso e nas assembleias legislativas, nos Ministérios da Saúde e da

Previdência Social, nas instituições formadoras de recursos humanos (faculdades e hospitais universitários) e nos serviços públicos estaduais e municipais da área.

Outra novidade, expressa nos movimentos sociais dos últimos dez anos, foi a tomada de consciência, por parte da sociedade civil, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva. Embora restrita aos movimentos de vanguarda tais como: associações de moradores, sindicatos etc. A compreensão desse papel foi muito importante, pois tornou claro que são os próprios trabalhadores que financiam, através de descontos em folha e impostos, os serviços médicos da Previdência Social e do Ministério da Saúde, que deveriam, antes de tudo, servi-los.

Essa tomada de consciência evidenciou as oposições ideológicas subentendidas em diversos temas de debate. Por outro lado, os interessados tiveram a oportunidade de perceber que tais oposições não são recentes. Em última instância, fazem parte da história das políticas sociais do país.

Todos os grupos envolvidos no debate das políticas de saúde dos anos 80 estiveram de acordo quanto ao papel do Estado como coordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde. Os setores progressistas reivindicaram mesmo uma ampliação desse papel, fazendo desse ponto uma questão fechada da reforma sanitária.

Essa reivindicação encontrou, entretanto, um obstáculo na estrutura privada de atenção médica, solidamente construída durante os anos 70. Apesar disso, foram dados alguns passos rumo à contenção da política de convênios com o setor privado. A rede chegara a ser financiada em mais de 80% pelo Estado. Durante curtos períodos

conjunturais, entretanto, novos programas e serviços públicos foram criados e mantidos, em oposição ao estado de quase abandono em que haviam sido relegadas instituições e serviços públicos no final dos anos 70.

Algumas medidas foram tomadas no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. No período da Nova República, foi favorecida a descentralização dos serviços em níveis municipais e distrital, por meio de programas pilotos e procurou institucionalizar a participação popular nos mesmos serviços, ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A concepção da saúde como um direito civil, ou seja, um direito do cidadão e um dever do Estado, é a segunda grande oposição de base em relação aos temas específicos de política para o setor. Essa questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a nova Constituição reconheceu, formalmente, este direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela República.

Entretanto, para certos setores da sociedade - principalmente empresários, mas também alguns setores sindicalistas - a saúde é um direito que se adquire pelo trabalho. Trata-se da visão tradicional nas políticas sociais brasileiras, que relaciona a aquisição de direitos sociais ao exercício do trabalho, sobretudo o trabalho urbano. Trata-se, portanto, em última instância, do exercício do emprego. Essa proposta pode tomar os serviços médicos inacessíveis à maior parte da população brasileira: crianças, donas de casa, jovens não empregados, velhos sem aposentadoria, subempregados da economia informal, desempregados.

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado relativamente novo na história das políticas sociais brasileiras. cremos que essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80. Nesse sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. Em outro sentido, o lema: saúde, direito de cidadania, dever do Estado. Implica uma visão desmedicalizada da saúde. Na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doença.

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais etc.

Assim, a sociedade tem a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologia).

Datada dos anos 80, a nova noção de saúde é muito recente na sociedade brasileira e ainda se restringe a grupos partidários e movimentos sociais de vanguarda. Mas a nova Constituição já incorporou uma definição próxima dessa noção. Além desse avanço, as lutas pelo acesso aos cuidados médico, pela participação na gestão e na coordenação dos serviços pela não privatização das instituições de saúde são, entre



outras, importantes pontos que ultrapassam os marcos institucionais da política de saúde, atingindo os da política social como um todo

Resta-nos examinar agora esses pontos, no contexto do regime político dos últimos anos, ditos de transição democrática. Entre esses pontos, convém ressaltar aqueles que, apesar de serem temas recorrentes na história das políticas de saúde do Brasil, foram redefinidos na conjuntura atual, num sentido que poderíamos qualificar de original e ou mesmo de inédito. Dentre eles, comentemos os mais importantes:

### **1.1. - A Reforma Sanitária**

A questão da reforma sanitária e seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuiu para transformar a política. Possível elemento inaugural de um novo contexto institucional, a reforma sanitária se tornou um tema original face à história das políticas sociais no Brasil. Nesse sentido, ela representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. O próprio movimento social a apoiou, e vários atores políticos a consideraram como tema prioritário de discussão das políticas públicas.

Opor-se à reforma ou negar a necessidade de implantá-la era opor-se à realização da transição política, pois um regime democrático estável não poderia institucionalizar-se, ou durar, sem implantar políticas sociais capazes de liquidar a dívida social histórica, frequentemente mencionada nos discursos dos políticos brasileiros. No entanto, tanto no âmbito do Executivo, quanto no Legislativo, as oposições e os bloqueios a essas

políticas sociais, inclusive as de saúde, permanecem reais e atuantes, com tentativas de diluição e mesmo de rejeição de suas propostas.

Alguns pretenderam identificar líderes políticos e quadros intelectuais ligados à defesa das novas políticas a anarquistas ou populistas, sinônimos, na tradicional linguagem conservadora brasileira, de elementos perniciosos, interessados na destruição da ordem estabelecida. Essa tendência exprimia uma estratégia de negociação das mudanças reais, propostas nas transformações das políticas sociais em geral e de saúde em particular.

Apesar dessas estratégias de resistência às transformações, podemos assinalar, nos últimos cinco anos, dois eventos institucionais muito importantes durante o período da chamada Nova República; a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília em 1986, reunindo cerca de quatro mil pessoas para discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo, e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, um ano depois, que deveria incluir os princípios fundamentais da reforma sanitária na nova constituição brasileira, finalmente sancionada em 1988. Durante esses eventos, foram praticamente unânimes os posicionamentos a favor de uma reforma sanitária em caráter de urgência.

A discussão dos caminhos e diretrizes da reforma continuou ao longo dos anos 1987 e 1988, envolvendo diversos grupos de esquerda, contra conservadores neoliberais. As divergências eram nítidas, não apenas entre esses grandes setores de base, mas também entre os grupos de esquerda, que competiram muitas vezes por posições e situações de controle dentro do aparelho do Estado, numa aparente guerra de posições,

sempre em nome de projetos ou princípios discordantes. Repetindo a história das políticas sociais, nessa conjuntura os setores da esquerda brasileira raramente conduziram estratégias ou políticas de aliança que sistematicamente preservassem um projeto comum, ou que superassem rivalidades e competições que, às vezes, não expressavam nada além de interesses de grupos ou ambições pessoais.

As discussões se acirraram, sobretudo, em torno de questões fundamentais, como finalidades, diretrizes e métodos da reforma sanitária, e estratégias e táticas necessárias para assegurar a irreversibilidade de suas conquistas. Grande parte das divergências apareceram no tratamento desses pontos mais gerais, mas também houve casos mais específicos, concernentes a conteúdos dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a reforma.

Especificamente os pontos são os seguintes:

## **1.2. - A Unificação Institucional dos Serviços de Saúde**

Este é um dos pontos específicos que sempre esteve no centro das discussões dos últimos anos, desde o início da década de 1980. Trata da unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um só Ministério, da saúde, que deveria ser o responsável, o condutor, o gestor e o principal executor da reforma sanitária e de toda política de saúde.

Aqui, também, encontramos um tema recorrente no debate das políticas de saúde, em diversas conjunturas institucionais. Trata-se do delicado problema da distribuição - ou da concentração - do poder institucional, pois é nesse nível que se discutem as

competências, as responsabilidades, as direções e os encargos - consequentemente, os cargos - políticos no setor. Essa repartição do poder institucional levanta questões já tradicionais no Brasil, relativas ao poder e sua natureza - grau de personalização, concentração, centralização etc. - na ordem política brasileira.

O tema da unificação institucional de serviços de saúde reapareceu, mas trouxe dados novos que podem situá-lo como um elemento interessante para a compreensão da conjuntura de transição democrática. Entre eles é necessário sublinhar a possibilidade de superação da dicotomia, presente no modelo atual, entre saúde pública e atenção curativa, e a construção de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados individuais previdenciários. Essa superação, inédita e possível, dependeria de uma real integração das instituições ligadas aos ministérios ligados à questões da saúde (basicamente os Ministérios da Saúde e da Previdência Social). Evidentemente, um simples decreto não supera mais de cinquenta anos de dicotomia de modelos e instituições médicos. Deve-se sublinhar também que a unificação institucional do setor abriria a possibilidade de superar a justaposição, repetição, ineficácia e competição de programas e serviços de saúde, bem como de controlar financeiramente serviços e programas de saúde, ainda que no simples nível da contabilidade. Tudo isso depende da existência de comando real e vontade política.

Finalmente, deve-se assinalar a possibilidade da retomada, pelo Estado, da direção da política de atenção médica previdenciária. É verdade que somente uma gestão democrática das instituições e dos programas - o que não se confunde com uma gestão simplesmente estatal - pode resistir as pressões dos *lobbies*, dos grupos de interesse, e

dos grupos populistas, ainda muito fortes em nossa estrutura institucional. Na saúde como em outros setores das políticas sociais.

Todas as possibilidades de mudança institucional se chocam, portanto, contra velhas resistências instaladas nos aparelhos estatais.

Apesar de todos os obstáculos, em 1987 venceu a tendência para a unificação dos serviços institucionais de saúde, como o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Previdência Social. Com a nova Constituição, isso foi confirmado, através da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, ainda assim, permanece problemática, até hoje, a efetiva distribuição do poder institucional, seja do Estado em relação à sociedade civil, seja dos grupos políticos historicamente divergentes, presentes nas instituições, que reivindicavam sua parcela de poder nas decisões e orientações fundamentais da política de saúde no novo regime democrático.

### **1.3. - A Descentralização dos Serviços de Saúde**

Apesar da recorrência histórica do tema da descentralização, que desde o final do último Governo Vargas, nos anos 50, apareceu freqüentemente nos discursos reformistas da política de saúde, pode-se destacar fatos novos que contribuem para uma redefinição desse tema na atual conjuntura. Entre eles, pode-se citar em primeiro lugar, o de uma nova visão de descentralização institucional como desconcentração efetiva do poder, ao menos entre setores mais avançados politicamente nas instituições de saúde e na sociedade civil organizada, isto é, associações comunitárias e profissionais, sindicatos e movimentos sociais referentes à saúde. Como consequência dessa visão, cresceu a percepção social da necessidade de transparência nas decisões do setor público.

Deve ser citado ainda que profissionais da área de saúde reivindicam uma transparência efetiva de responsabilidade, com poder de decisão, para estados, municípios e distritos, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante desde o início do século.

Com essas novas visão e percepção sociais da descentralização institucionais em saúde, tem-se a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização dos aspectos meramente executivos da política institucional. Trata-se, no entanto, de um grande desafio político. Para evitar esses limites, o projeto de reforma sanitária propunha, em 1986, baseado na experiência das ações integradas de saúde, de 1983, a criação de Conselhos Municipais e Inter-institucionais de gestão dos serviços de atenção médica. Estes conselhos supunham participação popular, através de representantes da comunidade organizada, no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde. Em termos de discurso institucional, pode-se dizer que se trata de um fato novo, original na história das políticas de saúde. Esses fatos, aliados à orientação prevista de formar como base experiências-piloto locais (em vez de partir de uma norma central niveladora e imperativa, como é habitual nas políticas sociais brasileiras), recolocaram o tema da descentralização no contexto da atual conjuntura de transformações políticas no Brasil. Eles supõem, de fato, um lugar realmente importante para a política de saúde no projeto de democratização das políticas e, indiretamente, no processo de democratização da ordem política brasileira como um todo.

#### **1.4. - A Hierarquização dos Atos e Serviços de Cuidados Médicos**

A hierarquização dos atos médicos segundo sua complexidade e especialização e a prioridade a ser dada a cada um, desde os mais simples e gerais aos mais complexos e especializados, também constitui um tema recorrente na história das políticas brasileiras de saúde. De fato, a priorização dos cuidados médicos ditos primários, mais necessários à maioria da população alvo das instituições públicas de saúde, por oposição aos cuidados mais sofisticados, ditos terciários, mobilizou o debate institucional a partir dos anos 60. Conduzido sobretudo pelos médicos ligados à saúde e à medicina social. Esse debate tocou também os clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns liberais ligados à Previdência Social. Todos eles reivindicavam prioridade para os cuidados primários, integrados aos secundários e mesmo, no caso de certas patologias crônicas e das emergências, aos cuidados hospitalares terciários.

A hierarquização dos cuidados médicos dispensados pelos grandes hospitais, altamente especializados, tem duas significações institucionais que convém distinguir. A primeira é relativa ao estabelecimento da prioridade aos atos médicos generalistas, levando-se em consideração as necessidades mais imediatas de atenção médica da maioria absoluta da população.

Essa orientação se opõe à tendência historicamente dominante na medicina científica moderna, que privilegia a sofisticação técnica desde o início da intervenção médica, que se torna altamente especializada e voltada para a novidade ou a raridade das patologias, em detrimento das doenças banais da população, dos doentes como seres humanos que sofrem dos tipos de patologias mais comuns.

A segunda significação é relativa à reestruturação dos serviços médicos e à organização de um sistema unificado e integrado de cuidados institucionais, coerentes com a nosologia da população, sobretudo desse setor majoritário da população atingido por condições de vida muito desfavoráveis.

Na conjuntura que prevalece nos últimos anos, o tema da hierarquização levanta também a discussão do problema da qualidade dos cuidados médicos institucionais voltados para a população designada como de baixa renda.

Compreendendo as diferentes corporações profissionais envolvidas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas), associações de moradores, sindicatos e setores de partidos políticos progressistas, o movimento social centrado na questão de saúde colocou em questão, desde o advento da Nova República, em 1985, qualquer projeto de organização de uma rede de cuidados baseada em atenção primária, supondo uma medicina primária que se limitasse a ser uma medicina pobre destinada aos pobres.

Além disso, o tema da hierarquização dos cuidados médicos coloca o delicado problema da relação médico/paciente e, por extensão, o problema - ainda crítico da relação instituição médica/ clientela, debatido desde o final dos anos 70.

Na segunda metade dos anos 80, na conjuntura de transição do regime político, sindicatos, associações e profissionais ligados à questão da saúde, bem como partidos políticos, discutiram seriamente as relações entre instituições e profissionais de saúde, e essas discussões cresceram em vários fóruns de discussão (seminários, encontros,



congressos e na própria VIII Conferência Nacional de Saúde). Se avançar, esta consciência pode tornar-se uma das alavancas da democratização das políticas de saúde.

### **1.5. - A Participação Popular nos Serviços de Saúde**

Um tema historicamente recorrente nas políticas de saúde do Brasil é o da participação popular (ou comunitária) nos serviços públicos. Esse tema está presente em todas as discussões referentes à reforma institucional da saúde a partir da década de 1960, embora já falasse em participação comunitária nos anos 50.

A discussão atual, entretanto, apresenta um aspecto inédito, quando busca superar a categoria participação comunitária, herdada dos discursos desenvolvimentista e populista, que tinham como objetivo conseguir a adesão da população - alvo aos programas a ela destinados. Esses programas eram geralmente elaborados por uma tecnologia que, às vezes, pretendia ser de esquerda. Mas que tinham uma prática institucional tão autoritária quanto a burocracia de direita.

A participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde nos últimos anos propõe medidas a serem tomadas pelo Estado, no sentido de garantir a democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde. Os conselhos integrados de saúde, compostos por representantes das instituições públicas e privadas, assim como por delegados de sindicatos e das associações comunitárias, deveriam ser, em princípio, a base da pirâmide institucional, a partir da qual se organizaria a política de saúde, e a qual deveria se submeter o alto da pirâmide. Apesar de questionado pelos setores de vanguarda do movimento popular em saúde, esse projeto de participação defrontou-se com obstáculos

praticamente insuperáveis. Além dos inevitáveis interesses e orientações políticas divergentes - alguns antagônicos - há a secular tendência à centralização e a concentração do poder institucional. Além disso, permanece sempre o poderoso obstáculo dos núcleos de clientelismo e populismo incrustados nas instituições de saúde há mais de meio século.

Apesar de tudo, algumas experiências localizadas desenvolveram-se e se mantiveram, a partir da abertura democrática, nos anos 80, quando governadores eleitos por partidos progressistas encorajaram a discussão e a inovação institucional por parte dos atores políticos em presença. Nessas experiências reside, talvez, um dos pontos de esperança para a transformação das políticas de saúde no Brasil, que pode originar resultados positivos para a transformação da ordem brasileira numa verdadeira ordem institucional democrática, na qual os direitos sociais de cidadania sejam finalmente respeitados. Esse ponto suscita muitas controvérsias e resistências institucionais, ainda que seja pela inércia secular da máquina burocrática republicana. Esta continua a seguir uma lógica social bastante conservadora, avessa a mudanças, que pouco se preocupa com a necessidade de transformação das políticas de saúde exigidas por um regime de democratização social e de afirmação dos direitos de cidadania.

## **2 - Características dos Serviços de Saúde**

O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque dependem, utilizando as expressões de Dussalt ( 1992, p.11), "...de seus operadores, em primeiro lugar", são "organizações

profissionais" onde "...o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais".

O significado prático do que foi dito acima encontra-se presente no cotidiano de todos que labutam nos estabelecimentos de saúde, tanto daqueles que realizam as atividades como dos que são responsáveis pela direção institucional. Os primeiros, os "operadores ", têm muitas vezes apenas uma difusa idéia dessa questão, mas seu comportamento efetivo não deixa dúvidas a esse respeito, na medida em que preservam, com todo zelo, os limites de autonomia possível em cada ato de seu trabalho. Os dirigentes, ainda quando não se apercebiam formalmente daquele conceito, reconhecem que seu papel no desempenho final da organização é muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas para seu funcionamento. Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos ? Quem administra o seu uso ? Como o faz ? Não há dúvida que as respostas apontam os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam o serviço, aqueles que estão "na ponta da linha ". Esse enfoque corresponde, sob a ótica da Ciência Administrativa, ao que tem sido analisado por outros autores, numa trilha mais influenciada pela economia política, constatando a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no processo de produção de serviços de saúde (Nogueira-1991).

Outra característica das organizações sanitárias ressaltada por Dussalt (1992, p. 11) decorre do fato de que os "serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais que são difíceis de avaliar ". Essa questão vem ocupando as atenções

de muita gente há muito tempo, tendo adquirido renovado interesse na era atual em virtude de dois fatores fundamentais:

- a) a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades, e
- b) o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento.

A discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante destacado, o próprio usuário de tais serviços, tradicionalmente apelidado de paciente. Seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, especialmente porque vão sendo progressivamente assumidos e advogados pelos próprios usuários, ao mesmo tempo em que se reduz a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, mormente os médicos, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades de seus pacientes e, portanto, advogados ou árbitros de seus interesses. Esses são tópicos atuais para reflexão e debate sobre a gestão pela qualidade total e das possibilidades de aplicações no campo dos serviços de saúde.

No que se refere à avaliação dos serviços, mesmo as metodologias mais tradicionalmente aceitas, assentadas geralmente no enfoque epidemiológico ou estatístico, encontram críticas enquanto sua adequação às necessidades objetivas e específicas dos usuários ou quanto à sua utilidade para a prática cotidiana dos profissionais de saúde no que diz respeito às decisões de diagnóstico e tratamento e avaliações de prognóstico.

Conseqüência freqüente dessa multidimensionalidade das necessidades e das formas de atendê-las é o desencontro ou a falta de sintonia entre as necessidades de

saúde e a oferta de serviços, disjunção que muitas vezes se expressa em conflito usuário - prestador.

A prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, no sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, ou do povo, já que a todos interessa, num ou noutro momento da vida, valer-se de tais cuidados. Por ser um serviço, aí implicadas as dimensões de consumo e produção, pode-se dizer que sua realização é uma função que envolve múltiplos interesses, onde destacam-se, de um lado, aqueles das diferentes clientelas irmanadas pela motivação de seu consumo e, de outro, por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes, representados numa classificação simplificada pelos profissionais e pelos gestores do serviço.

A abordagem dessas dimensões da organização dos serviços de saúde nos leva a considerar uma das suas mais expressivas características: a presença de variados e, por vezes, divergentes interesses no campo da sua oferta e consumo. Para os objetivos desse trabalho, interessa destacar a presença e a importância dos três parceiros referidos (os usuários, os profissionais e os gestores), embora exista ainda uma série de outros interessados que, direta ou indiretamente, se fazem presentes no processo de produção - consumo de serviços de saúde como os setores de fabricação e comercialização de produtos farmacêuticos e de equipamentos, o setor financeiro (por meio da venda de seguro - saúde ou outros planos assistenciais) ou mesmo o setor empresarial de saúde, já bastante desenvolvido em nosso país.

É ainda interessante chamar a atenção quanto às peculiaridades das organizações de serviços de saúde, para o caso em que os mesmos são oferecidos pelo poder público, quando, ainda no dizer de Dussalt (1992, p. 13) "...dependem em maior grau do que as demais do ambiente sócio-político: seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização ", além de estarem expostas à " contaminação burocráticas", isto é, o tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal ". Estes aspectos relativos à interferência de objetivos estranhos às organizações de saúde oriundos do próprio poder público, seja das direções políticas ou da burocracia governamental, merecem ser ressaltados pois ajudam a entender as limitações ou dificuldades para o desempenho gerencial dos estabelecimentos públicos.

### **3 - Desafios para a Gestão dos Serviços de Saúde**

Há dois referenciais básicos para uma análise atual da questão gerencial na área de saúde em nosso país: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante ao volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações. Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial.

O equacionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui, além do delineamento do perfil gerencial desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas à busca por novos paradigmas, a adoção de novos conceitos e

novas práticas de gestão, destacando-se os pontos que se referem à organização do trabalho.

As questões relativas a recursos humanos representa um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende de seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que esta é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. Ao tratar desse ponto, vale citar Kliksberg (1988: 70). “A política de pessoal resulta na:

"(...) construção de um sistema administrativo amplo que inclua uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários, isto é, uma grande logística de pessoal. Hoje sabemos que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica numa agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e pública, o

desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc."

O que se quer dizer, afinal, é que a reversão do quadro de inoperância dos serviços de saúde, ao passar pela questão da gerência, não deve postergar a discussão e a incrementação de medidas que levem em consideração os seguintes pontos:

- Reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, que implica, no plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador substituindo o controle do desempenho de atividades programadas por outrém pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais;

- Efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, o que demanda ações e iniciativas dos gestores que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, situando-se no campo das negociações com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores.

São esses os requerimentos básicos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde naquilo que diz respeito à área de recursos humanos. Como funções da estrutura organizacional, competem à sua direção e a todos os escalões administrativos, nunca reduzindo-se a uma responsabilidade setorializada da área ou do órgão de pessoal, nem tampouco restringindo-se à ousadia de especialistas ou assessores em desenvolvimento de recursos humanos.



#### **4 - Importância da Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde**

Os argumentos considerados anteriormente atestam a importância do trabalho no processo de produção - consumo de serviços de saúde, o que naturalmente, dispensaria delongas quanto à importância da sua gerência. O que se pretende neste trabalho é discutir os aspectos da gestão do processo de trabalho que, com enorme frequência, estão associados ao baixo desempenho das organizações de saúde.

Quais são os objetivos da gerência nos serviços de saúde ? Talvez, em vez de apresentar um elenco de afirmações, seja mais prudente, exercitando o método da problematização no trato dessa questão, abordá-la por meio de outras mais específicas:

Quais as formas de intervenção para enfrentar as consequências deletérias da divisão do trabalho em saúde, que se expressam em desumanização e risco no atendimento, em alienação do trabalhador e em prejuízo ou desperdício para os serviços?

Como buscar solução para os conflitos ocorrentes na produção de serviços de saúde, resultantes da contradição entre interesses de usuários, trabalhadores e dirigentes/chefias nos serviços de saúde ?

- Como contrabalançar a influência corporativa dos profissionais de saúde no dia a dia dos serviços, quando as estratégias de defesa dos seus interesses interferem com o atendimento daqueles que necessitam de tais serviços ?

- Como estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços nos estabelecimentos de saúde, mormente no caso do setor público ?

- Que medidas promover para estimular os trabalhadores a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando a melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde ?

Esse exercício de problematização nos permite chegar a uma síntese do que seriam os objetivos e, com isso, reconhecer a importância da gestão do trabalho em saúde como processo destinado a :

- Evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais;

- Mediar os conflitos de interesse que muitas vezes surge nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários;

- Contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento.

De tudo o que foi dito, pode-se concluir que o reconhecimento da importância da gestão do trabalho tem por base o correto entendimento das dimensões apontadas, superando as práticas tradicionais e uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários.

## **CAPÍTULO III**

### **AS DIFERENTES MANEIRAS DE SE CONHECER AS ORGANIZAÇÕES**

#### **1- As Organizações e seu Caráter Contraditório**

Ao definir a organização (burocracia) como um sistema social em que a divisão do trabalho é racionalmente realizada para certos fins, Max Weber faz uma divisão rígida entre administração e política, o "ideal burocrático". Separa as premissas da ação (hierarquização, competência técnica, remuneração, etc.) do aparelho social que as realiza. (WEBER, M., 1974)

Este enfoque excessivamente racionalizador compreende a organização abstrata e estática, desconhecendo seu caráter dinâmico e processual. No entanto é justamente este caráter que permite que ela seja constantemente modificada pelos seus profissionais, através da expressão de seus valores e crenças, sentimentos e necessidades (PEREIRA, 1986).

Nem sempre o ambiente contribui para que o sistema organizativo desenvolva completamente o esquema normativo de racionalidade tecnológica exigido pelo ambiente. Esta contradição fica mais evidente nas relações de produção de serviços, onde é impossível a separação de produtores e consumidores:

"A produção para a qual foram instaladas escolas, hospitais, cadeias, sistemas de assistência social e de transportes, se realiza essencialmente pela interação de seus agentes com os seus usuários. Em consequência, a sua produtividade depende de características de ambos os lados, e das interações entre eles". (OFFE, 1984, p.226)

A necessidade de cooperação e a dependência de instâncias exteriores, levam as organizações sociais e coletivas, sindicatos e associações, entidades profissionais e meios de comunicação a se tornarem parceiros, e não apenas reprodutores de uma ordem preestabelecida. Como as interações só são possíveis por meio de troca e de ações vinculadas a interesses claramente definidos, as normas e princípios de racionalidade e eficiência nem sempre orientam o processo de decisão organizacional. Mais do que um espaço de produção de bens materiais e serviços, com objetivos formalmente descritos, as organizações apresentam-se como arenas de conflitos e disputas de interesses das quais participam diferentes atores sociais.

Ao discutir o tema política de interesses, Labra enfatiza que as decisões burocráticas se orientam pela contradição entre racionalidade técnica e racionalidade política. E o ponto de partida para apreender estas duas realidades contraditórias é admitir a burocracia como um resumo das contradições da sociedade civil e como uma contradição em si mesma. (LABRA, 1998)

Dando continuidade a esta linha de análise, recorreremos aos conceitos de instituição e organização definidos por Cardam. Chamando a atenção para a diferença

entre os dois termos, o autor define a instituição como "uma rede simbólica, socialmente sancionada, na qual se combinam em proporções variáveis uma componente funcional e uma componente imaginária". ( CARDAM. In: LORAU, 1975, p.89).

O desenvolvimento institucional é entendido como um processo de identificação de um grupo com uma missão social, cujos valores são assimilados por seus membros na forma de normas, modelos sociais e dinâmicas integrativas.

A organização por sua vez, é definida por Cardam como um instrumento de ação institucional constituído por um grupo de pessoas com uma estrutura para realizar tarefas específicas, de cunho econômico, político ou social.

Na sociedade moderna, as organizações vêm ocupando um lugar cada vez mais relevante na vida das pessoas, por atenderem a grande parte das necessidades básicas coletivas como educação, saúde, trabalho, lazer etc. Conhecer-las e entendê-las, contudo tem sido grande desafio, dada a sua complexidade. São instâncias que envolvem não só recursos financeiros, materiais, mas especificamente recursos humanos que detêm poder em suas ações profissionais.

Para interpretar a realidade organizacional, recorre-se necessariamente a conceitos e categorias que, contrapostos à realidade empírica, permitem entender este recorte do mundo social representado pelas organizações. Assim, "As teorias são um conjunto de regras epistemológicas sobre a qual a realidade interna e externa é interpretada e tratada em termos práticos" (SCHON. In: RAMOS, 1989).

Há, portanto, Várias maneiras de se estudar e conhecer as organizações, cada qual apoiada em diferentes teorias, todas com alto teor explicativo, que nos levam a compreendê-las de forma distinta, porém restrita.

Para Morgan, geralmente as formulações convencionais sobre as organizações são construídas a partir de um número restrito de imagens preestabelecidas. O autor defende a tese de que as metáforas, nos levam a perceber as organizações parcialmente, relacionando-as a um modo específico de pensar e ver o mundo. Por esta metáfora, tenta-se compreender um elemento da experiência em detrimento de outros, o que acaba produzindo uma visão unilateral, que privilegia algumas interpretações.

Considerando as organizações fenômenos complexos e muitas vezes paradoxais MORGAN (1986) enfatiza a necessidade para que se proceda a uma análise organizacional efetiva de se levar em conta diferentes e contraditórias teorias ou explicações, em vez de se apegar a pontos de vista unilaterais e pontuais. Para este autor, "usando diferentes metáforas para compreender o caráter complexo e paradoxal da vida organizacional, somos capazes de gerir e projetar formas que antes não pensávamos ser possível". ( MORGAN, 1986, p.13).

Tendo em vista as perspectivas de mudanças na organização dos serviços das unidades básicas de saúde do município de Angra dos Reis - RJ, a abordagem de Morgan apresenta-se como a mais apropriada para o estudo desta nova realidade.

Uma visão mais abrangente possibilita uma análise da dinâmica organizacional e suas expressões mais significativas. "Precisamos de uma teoria de escolha que articule

as conexões entre o contexto ambiental das organizações e suas ações, de tal modo que nenhum dos dois se torne simplesmente a variável residual do outro" ( MARCH, COHEN e OLSEN, 1976, p. 12).

## 2 - As Metáforas Organizacionais

Freqüentemente são feitas referências às organizações como se elas fossem máquinas projetadas para alcançar alguns objetivos, bastando apenas operá-las mecanicamente de forma racional e tecnicamente correta. Esta concepção de organização é classificada por Morgan como a metáfora da máquina.

O exemplo mais conhecido deste tipo de abordagem é a escola clássica de Taylor e Fayol<sup>1</sup>. Pioneira e referência para as outras teorias, analisa a organização como um sistema mecânico que surge para atender às demandas colocadas pela revolução industrial e inaugura a era da racionalidade e da racionalização. Baseia-se na divisão do trabalho, no agrupamento de tarefas, na centralização de decisões e numa ação organizativa dirigida às tarefas e não às pessoas. Atualmente, esta corrente traduz-se no neo-fordismo. Mantêm-se os princípios de autoridade centralizada, especialização e habilitação, divisão do trabalho, regras e regulamentos, separação rígida dos órgãos de *staff* e de linha, redução do arbítrio pelo aumento do controle e ênfase na burocracia.

Como categorias analíticas destacam-se a estrutura formal de poder, as linhas de autoridade, os cargos, as funções e competências. Predomina neste modelo a ideologia da produção e da racionalidade econômica, não sendo considerados a dimensão

---

<sup>1</sup> TAYLOR, Winslow (Princípios da Administração Científica, 1911) e Fayol, Henry (Administração Geral e Industrial, 1916) são os principais representantes da Escola Clássica de Administração Científica

informal e os conflitos institucionais e interpessoais. Baseia-se num sistema fechado, que pressupõe um ambiente estável e não diferenciado, descartando a relação com o ambiente como uma forma de sobrevivência e crescimento.

Sob a ótica institucional, as organizações mecanicamente estruturadas têm grande dificuldade em se adaptar a mudanças, pois são concebidas para alcançarem objetivos predeterminados. Este tipo de estrutura burocrática está tão incorporado em nossa sociedade que podemos identificá-los na maioria das organizações.

No setor saúde, a divisão técnica e social do trabalho corrobora a consolidação deste perfil, que se apresenta como uma forma cristalizada de organização dos serviços. As mudanças propostas pelo Projeto de Capacitação Gerencial de Unidades Básicas de Saúde - Projeto Gerus encontra aí, certamente, um dos pontos de resistência a sua implantação.

A forma mecânica de aproximação das organizações, numa perspectiva analítica, contrapõe a racionalidade instrumental, funcional, à racionalidade substantiva imposta pela realidade. Na primeira, qualquer acontecimento, atitude, ou objeto é interpretado em função das metas traçadas e por uma expectativa de resultados ou *fins calculados* (WEBER, 1968). Já a racionalidade substantiva independe da expectativa de algum resultado e, segundo Manheim, é um ato de pensamento que revela percepções inteligentes das inter-relações de acontecimentos, numa dada situação. Diz respeito, portanto, à autonomia, ética, responsabilidade e subjetividade, valores básicos da vida humana. (MANHEIM. In: RAMOS, 1989, p. 6)



A realidade institucional demonstra a tendência da sociedade moderna de tentar submeter as organizações a uma ação racional. E o conflito então se instala, pois as mesmas se deparam com a subjetividade dos indivíduos e dos grupos sociais e de interesses.

O enfoque estrutural-fenomenológico do sociólogo alemão Max Weber, na década de 20, traçava um paralelo entre a mecanização da indústria e a proliferação de formas burocráticas de organização. O autor ressalta que este processo pode ser uma manifestação de uma tendência mais geral de racionalização da sociedade. Ao discutir os fundamentos das organizações burocráticas Weber trabalha com o conceito de *tipo ideal*, identificando nele um instrumento de dominação baseado na racionalidade legal. (Weber, M. 1974)

Buscando integrar os aspectos sociológicos e psicológicos das organizações, Etzioni procura explicar as organizações a partir de seus objetivos. Assim, as organizações são unidades sociais que procuram atingir objetivos específicos, sua razão de ser é servir a estes objetivos. Enquanto imagens do futuro, esses objetivos nem sempre configuram uma realidade organizacional. (ETIZIONI, 1989)

Os objetivos são sempre intencionais e podem ser explícitos ou não, serem reais ou formais. As organizações normalmente possuem instâncias formais de poder para fixar os objetivos. No entanto,

(...) "é um estado que procuramos e não um estado  
que possuímos. Na prática, os objetivos freqüentemente

são estabelecidos num complicado jogo de poder, que inclui diversos indivíduos e grupos, dentro e fora da organização, através da referência aos valores que dirigem o comportamento em geral e o comportamento específico dos indivíduos e grupos importantes numa determinada sociedade". (ETIZIONI, 1989, p. 10)

Interferem na determinação dos objetivos e na estrutura da organização, as diferentes personalidades que a compõe, e as forças do ambiente. Muitas vezes os objetivos explicitados oficialmente pouco têm a ver com os objetivos reais. Etizioni trabalha com categorias de análise tais como aceitação de normas, participação dos empregados (variando da perfeita integração à total alienação), poder formal e informal. Como variáveis, as metas, a distribuição de poder, a integração cultural dos empregados, o ambiente e a coesão. (ETIZIONI, 1989)

A partir dos resultados de uma pesquisa de campo, ao testar este modelo de análise, Machado conclui que:

(...) "na prática o comportamento organizacional não pode ser visto unicamente pelos aspectos formais (propostas, metas, formas de controle, etc.) mas principalmente, pelos aspectos práticos de controle e poder, nos conflitos dos diversos grupos políticos, na luta diária pelo poder, prestígio interno, etc." (MACHADO, 1987 - A. p. 13)

O modelo de Etzioni torna-se tautológico na medida em que acaba explicando a organização por ele mesma. A perspectiva mais dinâmica sugerida por ele, no entanto, abre espaço para a identificação de interesses conflitantes e formas subjacentes de disputas, contribuindo para nosso estudo ao apontar possíveis contradições.

É importante também destacar a análise feita por Perrow (In: HALLIDAY, 1981) no que tange aos objetivos institucionais que muito podem acrescentar ao estudo das organizações do setor saúde. Diferente de Etzioni, para Perrow os objetivos são construções simbólicas da realidade, constituindo-se em um dos tópicos da retórica sobre a legitimidade social (legitimidade entendida como aceitação, pela sociedade, do atendimento a suas necessidades e respeito a seus valores). É através dos valores sociais que a organização se compromete operacional e filosoficamente com uma proposta. (Perrow. In: HALLYDAY, 1981)

Nesta linha recorre a uma tipologia que procura inventariar as razões que determinam os objetivos: objetivos que se referem ao produto final *out-put goals* têm como referência o público em contato com a organização e enfatizam qualidade, quantidade, etc. ; objetivos sistêmicos *system goals* têm como referência os investidores e o alto escalão e enfatizam lucros, expansão, centralização descentralização etc.; objetivos intrínsecos ao produto *product goals* têm como referência o mercado (consumidores e investidores) e enfatizam as necessidades do público; objetivos derivados têm como referência um pequeno grupo interno à organização e servem aos interesses da coalizão dominante; objetivos sociais *social goals* têm como referência a sociedade como um todo e enfatizam ideais universais ou a manutenção de valores. (PERROW. In: HALLYDAY, 1981)

Com uma abordagem mais operativa, porém com um viés estruturalista, Woodward<sup>2</sup> e posteriormente Perrow, inovam a análise organizacional, principalmente no que se refere à universalidade de princípios.

As pesquisas de Joan Woodward (grupo de Aston), trazem uma nova categoria de análise que vai impactar a teoria administrativa clássica. Trata-se da tecnologia e sua relação com a estrutura organizacional. Tecnologia entendida como regras, processos, instrumentos e atores que compõe um processo de produção. Este passa a ser um relevante fator para a estrutura organizacional, que gera diferenças setoriais internas à organização ou entre organizações distintas. As conclusões dos estudos indicam a existência de uma diferenciação tecnológica em função do sistema produtivo; conseqüentemente, as mudanças tecnológicas vão levar a mudanças organizacionais. Esta é uma premissa importante para este estudo, pois faz um recorte institucional justamente no momento em que são apresentados para unidades básicas de saúde, novos objetivos no bojo de um novo modelo gerencial.

Perrow utiliza a dimensão estrutural como critério para classificar as organizações e as distingue pelo seu caráter burocrático, tendo como critério, a espécie de trabalho levado a efeito na organização: o grau de rotina existente ou a ausência de qualquer rotina (PERROW. In: MACHADO, 1987-A, p. 14)

Partindo da premissa de que as organizações utilizam tecnologias que determinam o formato organizacional, Perrow enfatiza que a alteração da tecnologia leva à alteração da estrutura; esta por sua vez, controla as atividades e as pessoas. As

---

2 WOODWARD, Joan era professora de sociologia industrial da Faculdade imperial de Ciência e Tecnologia da Universidade de Londres. Destacou-se por seu trabalho no campo da tecnologia e estrutura organizacional e sua pesquisa na região sudeste de Essex (1927).

organizações burocratizadas são aquelas que desenvolvem processos de produção rotineiros, que empregam técnicas bem fixadas e de funcionamento garantido e utilizam matéria - prima semelhante. As tarefas pouco variam e não há muita segurança quanto à metodologia. "Há uma certa insegurança em relação aos métodos e pouca variação nas tarefas a serem executadas" (PERROW. In: MACHADO, 1987 - A, p. 14). Este modelo assemelha-se ao tipo ideal neo-weberiano. Nelas o processo pode ser predeterminado, facilitando o controle sobre as ocupações.

As organizações não burocráticas caracterizam-se por uma variedade de tarefas que podem ser executadas em função da demanda.

"A ausência de rotina pressupõe poucas técnicas arraigadas, poucas dúvidas a respeito dos métodos e uma variedade de tarefas a serem executadas, uma vez que a matéria prima não é padronizada ou que os pedidos dos clientes exigem produtos diferentes ou feitos por encomenda" (PERROW. In: MACHADO, 1987 - A, p.15)

O processo de trabalho caracteriza-se por uma frequência maior de grupos de trabalhadores qualificados, que atendem a uma demanda diversificada e se relacionam de forma mais pessoal com seus superiores (PERROW, 1972).

Na área de saúde, onde as técnicas e procedimentos não são precisas, o modelo tecnológico fica comprometido em sua relação com a estrutura. Além disso, podem ser

encontrados numa mesma estrutura organizacional, ou de mesmo porte e função, modelos tecnológicos diferentes.

Observa-se, assim, que na prática dessas organizações nem sempre a estrutura determina a tecnologia: "Na verdade, as tecnologias adaptam-se à estrutura, a qual se molda de acordo com as necessidades da vida diária da organização" (MACHADO, 1987 - A, p. 16).

A abordagem tecnológica, refere-se principalmente aos processos de trabalho descritos por Perrow. A mudança de um modelo de assistência individual e curativo (onde as demandas são dirigidas com formas de organização predeterminadas) para um modelo de base epidemiológica (com uma clientela e demandas diferenciadas) implica em mudanças tecnológicas de caráter estrutural.

Simon e March introduzem o conceito de tomada decisão como elemento estratégico na Teoria Organizacional, fornecendo um outro enfoque analítico. Quem toma as decisões e os fatores que interferem no processo determinam a estrutura da organização. As organizações representariam um sistema de comportamentos sociais interligados, composto por um grande número de participantes. Cada participante ou grupo de participantes recebe *incentivos*, e em contra partida dá *contribuições* à organização. Segundo os autores os indivíduos sempre cooperam quando suas atividades contribuem diretamente para seus objetivos pessoais. (SIMON e MARCH, 1981)

No estudo das organizações de saúde, a principal contribuição destes autores é a de introduzir uma análise mais política da organização, na qual o conflito integra o processo decisório. O conflito é definido por Simon e March como "um colapso nos mecanismos decisórios normais", quando um indivíduo ou grupo experimenta dificuldades na escolha de uma alternativa de ação. Os conflitos são gerados por: resistências às normas e diretrizes; discordância de objetivos; diferentes percepções da realidade; e incompatibilidade de escolhas. Se manifestam tanto no individual como coletivamente, através de grupos de interesse e podem se instalar como um conflito organizacional. (SIMON e MARCH, 1981).

Blau e Scott centram sua crítica à teoria desenvolvida por Simon e March, no sentido de que a abordagem dos autores limita-se à análise do processo de decisão dos projetos formais e não inclui os processos interpessoais, que não pertencem à estrutura formal mas ao cotidiano da organização. Restringir os mecanismos de influências a fatores internos como hierarquia, treinamento, comunicação; não analisar o efeito das próprias decisões que se apresentam muitas vezes contraditórias ou antagônicas; e trabalhar com o conceito de indivíduos, e não de atores, acabam por produzindo uma análise distorcida da realidade.

March que, juntamente com Simon, na década de 60, enfatizou o processo decisório como uma questão central na organização mas, restringindo-o a uma disputa de interesses e objetivos individuais, nos anos 70 procurou ultrapassar esta visão com o conceito de anarquias organizadas.

Este conceito utilizado por March, Cohen e Olsen ao pesquisar as organizações educacionais, refere-se a um tipo de estrutura na qual os objetivos não se apresentam de forma clara (ambigüidade de objetivos); quando não há um consenso quanto a procedimentos e técnicas (tecnologias difusas); e onde a demanda é desorganizada (ativação desordenada dos participantes). (MARCH, COHEN e OLSEN, 1976)

Os estudos destes autores observam que este é um perfil próprio das instituições sociais, especialmente aquelas que processam pessoas (escolas, manicômios, etc.). Instala-se um sistema ambíguo com uma expressão formal externa, com finalidades e objetivos bem definidos, socialmente aceitos e legitimados, porém, internamente, no cotidiano, executam-se ações autônomas, os objetivos são reinterpretados e transformados numa prática que, não se submete ao controle organizacional. Esta relação expressa na prática a dicotomia teoria X práxis, ideal X real.

Como determinantes deste quadro estariam: a autonomia própria do trabalho desenvolvido; a pouca visibilidade de seu produto; a sua representação social; e o conflito entre interesses e necessidades que orientam a demanda.

A anarquia caracteriza-se pela inexistência de mecanismos de controle, pela pouca correspondência entre o discurso institucional e a prática dos serviços e pela dificuldade de controle social.

Entretanto, ao procurar entender as organizações, cuja racionalidade foge ao alcance das teorias administrativas tradicionais, March, Cohen e Olsen verificaram que nelas as



instâncias informais desempenham um papel relevante e interveniente na estrutura de poder e no processo decisório. (MARCH, COHEN e OLSEN, 1976)

É como se houvesse uma interação tácita entre os sistemas formais e informais que garantisse a sobrevivência da instituição abrindo um espaço para a imprevisibilidade e para a contradição. As estruturas atuam mais como legitimadoras do que como instrumentos racionalizadores. Seu real papel seria o de manter o controle e legitimar a organização, paralelamente à negociação para a definição de estratégias de convivência e de construção da realidade social. As coligações informais funcionariam como sistemas políticos para obter consenso, alocar recursos e identificar problemas.

O termo anarquia organizada, que por si só encerra uma contradição, é propositadamente utilizado para definir estruturas organizacionais também contraditórias, como escolas e hospitais. O que a princípio se apresenta como uma desordem mantém-se funcionando por um sistema de coligações informais que lhe permite produzir e dar respostas às demandas.

Acreditamos que esta lógica também esteja reproduzida nas diferentes instituições do setor saúde, independente da sua natureza jurídica, porte ou tipo de serviço prestado. Nossa hipótese é a de que esta anarquia organizada está presente não somente nas unidades básicas de saúde, devido ao caráter de suas atividades, mas que se acentua ainda mais neste momento de transição do modelo gerencial.

### 3 - O conceito de anarquia organizada aplicado às organizações de saúde.

As organizações de saúde caracterizam-se por um alto nível de complexidade e ambigüidade em suas relações internas, que se evidencia quando nos aproximamos de sua realidade concreta.

Entendida enquanto um espaço de trabalho e produção, estas instituições estão submetidas a um conjunto de regras que precisam ser consideradas.

A especificidade do setor, o processo de trabalho e sua representação social são pontos que conferem a este segmento uma autonomia relativa, resultante em grande parte do valor social que lhe é atribuído. Estes aspectos fazem com que as organizações de saúde constituam-se em espaços de conflitos, nos quais os fatores externos, como a tecnologia, os paradigmas médicos, a formação de pessoal, o mercado de trabalho, entre outros, se contrapõe muitas vezes à sua finalidade social instituída formalmente<sup>3</sup>. Logo, a dinâmica institucional que se forja não obedece obrigatoriamente a uma racionalidade mecânica nem tão pouco se dá a partir de relações de funcionalidade e harmonia<sup>4</sup>.

Para compreendê-las, deve-se reconhecer sua dependência da sociedade, e percebê-las como parte de um setor que desenvolveu estrutura e tecnologia próprias, bem como uma capacidade de identificar seus limites, isto é, de se auto-regular. É esta dinâmica contraditória que fortalece a sua hegemonia sobre certas tarefas ou funções, possibilitando não só impor um processo de trabalho como também legitimá-lo socialmente.

---

3 O ambiente passa a ter uma importância capital no processo

4 Esta discussão é feita por BRITO, P. , NOVICK, M e MERCER, H. In.: *Texto mimeo Personal de Salud y Trabajo: Una Mirada desde las instituciones*. Texto mimeo, 1992.

Observando o cotidiano e as práticas institucionais dos serviços de saúde vamos encontrar a mesma complexidade e ambigüidade que caracterizam as organizações com fins educacionais estudadas por March, Cohen e Olsen.

Como espaço institucional onde é elaborado e aplicado um corpo específico de conhecimento, elas apresentam as diferenças e a pluralidade inerentes aos diversos campos de conhecimento, produzidas e conduzidas por visões alternativas do mundo.

Do ponto de vista psicossocial, marcam-se pelo fato de "sua matéria prima ser humana, seu produto ser humano; seu trabalho ser feito principalmente por mãos humanas e seu objetivo ser humano - É um serviço direto prestado a pessoas"(Gonçalves, 1987, p.36).

Este fato é suficiente para diferenciá-las em termos administrativos, na medida em que seus objetivos se tornam mais flexíveis e que lhes conferem uma maior autonomia na produção do serviço. Ortiz e Fajardo destacam ainda como variáveis:

"a individualização dos serviços; a diversificação de recursos humanos tanto a nível acadêmico como no social e econômico; a diversificação do financiamento da atenção médica; a dificuldade de avaliação do "produto final"; a existência de serviços de saúde, caracterizados como local de sentimentos, alívio, esperança, cura morte, dor; a existência de desdobramento de autoridade em dois níveis, o hierárquico e o informal, baseado em

conhecimentos, prestígios e experiência" (ORTIZ e FAJARDO. In: GONÇALVES, 1987. P.37).

Estas variáveis conferem ao profissional de saúde um papel relevante no processo produtivo, tornando-o um interlocutor junto à população e o responsável pela transformação de necessidades em demandas por serviços. Considerando que cada profissional traz consigo uma bagagem de conhecimentos, a cultura institucional dos diferentes órgãos ou áreas de saúde a que estão vinculados e ainda o prestígio e o status de sua profissão, é de se esperar o desenvolvimento de um modo particular de interagir com o ambiente interno e externo onde os conflitos e disputas estarão representados nas práticas de saúde e no funcionamento dos serviços. Daí a ênfase no caráter dinâmico das organizações, que estão em permanente modificação, processada a partir do cotidiano e do conhecimento empírico de seus membros.

A construção social da realidade se produz no interior das organizações; tem muitos pontos em comum e não difere fundamentalmente da realidade construída pela sociedade da qual fazem parte. (BERGER e LUCKMAN, 1983)

Os indivíduos ao chegarem à organização trazem consigo uma imagem, uma representação institucional, construída socialmente a partir das referências externas, dos objetivos sociais que a legitimam e do valor que a sociedade lhe atribui. A realidade será construída a partir de uma interação simbólica, onde estrutura, normas, políticas institucionais, descrição de tarefas e procedimentos operacionais atuam apenas como referências primárias para as pessoas pensarem aquele espaço.

Não há na organização portanto, uma cultura corporativa tão uniforme como se imagina ou se pretende; na verdade, diferentes sistemas de valores estão em disputa. São grupos de trabalhadores com uma visão particular de trabalho.

A dimensão política da organização de saúde centra-se no fato de ela ser constituída por pessoas com potencialidades e interesses diversos e muitas vezes conflitantes; é determinada principalmente, pelos seus valores de classe, gênero e profissão, entre outros.

Os conflitos aparecem como consequência do enfrentamento desses interesses; são inerentes à organização e não um problema a ser resolvido ou eliminado.

Eles vão se expressar tanto na estrutura organizacional como nos papéis desempenhados pelos indivíduos, refletindo no cotidiano da organização.

Ao estudar a organização dos sistemas de educação superior, Clark utiliza o conceito de anarquias organizadas como referencial de análise. A partir dele, levanta algumas questões críticas, em nosso entender comuns aos dois tipos de instituições sociais (saúde e educação): a autonomia decorrente da peculiaridade das tarefas e atividades; o conhecimento enquanto matéria prima em torno da qual se organiza a atividade; a lacuna existente entre os fins nominais e reais que distanciam os objetivos da realidade da prática cotidiana; e a amplitude e flexibilidade das fronteiras institucionais. (CLARK, 1983)

Segundo March e Cohen, o caráter ambíguo das relações que vigoram nessas estruturas fazem com que os elementos da organização sejam freqüentemente coligados de modo solto e frouxo, levando a silêncios organizacionais (segredos)<sup>5</sup> que permitem uma baixa interdependência das unidades e garantem autonomia, experimentação e inovação. Para os autores, esta é a única maneira de se proceder a longo prazo e de se evitar uma quebra ou uma ruptura do sistema organizacional, em função de suas tarefas, atividades e crenças. (MARCH e COHEN, 1976)

Por outro lado, tanto as organizações educacionais como as de saúde não controlam, não avaliam e não coordenam as atividades básicas que as identificam e as particularizam: a instrução e a assistência.

Coelho destaca que aquilo que um professor faz ou deixa de fazer na sala de aula ou no laboratório é uma questão que virtualmente só diz respeito a ele. Também na saúde, o que um profissional, sobretudo o médico, faz no seu atendimento direto ao paciente não está submetido a nenhuma avaliação ou controle de qualidade. Para Meyer e Rowan são estas condições que fazem com que se estabeleça a chamada lógica da confiança<sup>6</sup>.

"Os escalões superiores se organizam no suposto de que o que se passa nos níveis operativos está correto, mas evitam inspecioná-los porque não desejam assumir a responsabilidade pelas ineficiências da organização."

(MEYER e ROWAN. In: COELHO, 1980, p. 239)

---

5 Sobre o assunto ver: BRAGA, 1987.

6 Sobre o assunto ver: MEYER e ROWAN. "The Structure of Educational Organizations". In: MARSHALL e MEYER. *Organizational Structure as Signaling*. Pacific Sociological Review, 1970, 1970. P. 78:110.

Esta ligação potencialmente difusa entre intenções - ações faz com que, na maioria das vezes, as coisas não aconteçam da maneira que supostamente deveriam acontecer.

Compreender a dinâmica das organizações desta natureza demanda uma abordagem voltada para o cotidiano, numa tentativa de perceber a lógica interna da prática institucional, os acordos tácitos firmados e a relação entre o discurso e a ação diante dos objetivos sociais da organização.

Para que isto aconteça, impõe-se uma análise que contemple pelo menos três aspectos fundamentais: a realidade socialmente construída, os atores sociais e políticos que participam das organizações e o contexto.

A politização das relações internas e externas da organização permite-nos compreender a diversidade de interesses e o conflito como elementos inerentes ao processo organizativo, abrindo a discussão sobre o espaço do poder informal e as diferentes formas pelas quais ele se manifesta.

## **CAPÍTULO IV**

### **A REALIDADE ENCONTRADA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Esta parte da dissertação se dedica a analisar as respostas das entrevistas realizadas nas unidades básicas de saúde descritas no capítulo I, tendo como objetivo levantar informações de aspectos gerenciais junto as mesmas.

De acordo com os princípios da reforma sanitária, a base organizacional do sistema de saúde passa a ser o distrito sanitário. A rede municipal de saúde de Angra dos Reis possui cinco: o primeiro, o segundo, o terceiro, o quarto e o quinto distrito sanitário, possuindo um total de 24 unidades básicas de saúde distribuídos pelos mesmos. As unidades analisadas - Belém, Camorim, Bracuhy pertencem ao 2º, 3º e 4º Distrito respectivamente.

Vale lembrar que a escolha das unidades analisadas, foi realizada pelo autor deste trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de saúde de Angra dos Reis, por intermédio da subsecretária de saúde e ainda que tal escolha deveu-se principalmente ao fato de que, apesar de em 1996 terem sido indicados pela Secretaria Municipal de Saúde 22 alunos para participarem do curso de capacitação gerencial - Projeto Gerus, sendo eles nas palavras da subsecretária "18 gerentes e 4 potenciais gerentes", apenas 2 dos 21 que concluíram o curso de capacitação gerencial, estão em cargos de gerência. Sendo eles os gerentes das unidades do Belém e Camorim.



A outra unidade foi escolhida no intuito de tecer uma análise comparativa entre as outras, na tentativa de justificar ou não, alguma mudança de cunho gerencial preconizada pelo projeto, uma vez que nesta unidade não existe nenhum funcionário que tenha participado do curso de capacitação.

As entrevistas aplicadas nas unidades básicas de saúde analisadas foram abertas, e apesar das perguntas terem sido previamente formuladas, muitos questionamentos surgiram no momento da entrevista de acordo com a situação existente, que deram origem a outras perguntas e conseqüentemente diferentes respostas em uma mesma unidade. Sempre no intuito de levantar informações de caráter gerencial, as perguntas variaram de unidade para unidade analisada. Não há como tabular o que foi escrito, tampouco seria este o interesse neste estudo.

As opiniões coletadas estão impregnadas dos sentimentos individuais que povoam cada entrevistado no tocante à sua formação, suas experiências pessoais e sociais, sua percepção da vida, do mundo e do próprio homem. Um limitador se encontra, justamente, em posição diferente dos entrevistados, não contra eles, mas sim como aliado na tentativa de interpretação das respostas dadas. Não se pode esquecer contudo, que a subjetividade também atinge quem interpreta tais questões, tornando este estudo, em razão de tudo que foi dito, interessante e instigante.

Não há como deixar de fazer referência entre a amostra e o universo existente, ou seja as 24 unidades básicas de saúde. Porém conforme entendimento da subsecretária de saúde do referido Município, tendo ela participado no desenvolvimento e implantação do Projeto Gerus como monitora, não há qualquer vestígio de alguma ação

gerencial preconizada pelo projeto em outras unidades de saúde que não sejam as do Belém e Camorim, uma vez que apenas estas duas ficaram sendo gerenciadas por gerentes que participaram do curso de capacitação após a conclusão do mesmo.

Contrapondo-se à literatura convencional da Teoria Organizacional, Coelho (1980) afirma que em instituições do tipo *anarquias organizadas*, a estrutura não é um correlato da tecnologia e não coordena as atividades produtiva. Ela cumpre um papel externo de responder às demandas sociais, desempenhando as funções administrativo-burocráticas. É responsável por dar visibilidade externa para que a organização se efetive e se legitime.

Internamente, se entendida como uma representação das relações que ocorrem no sistema entre AUTORIDADE - ATIVIDADES - COMUNICAÇÃO, a estrutura organizacional é necessariamente dinâmica e se caracteriza por contínuas mudanças.

Entre os principais condicionantes desse processo destacamos: os fatores internos à organização (cultura organizacional, disputa pelo controle e autonomia, etc.); os fatores ambientais (disputas corporativas, lutas sindicais, demanda espontânea aos serviços etc.); os objetivos (institucionais, grupais, individuais); e a tecnologia (processo de trabalho, divisão técnica do trabalho).

O fator HUMANO, apesar de estar intimamente ligado aos demais, merece um destaque especial por sua capacidade de interferir na montagem da estrutura; os trabalhadores atuam como SUJEITOS do processo organizacional.

Estes elementos tornam ainda mais conflituosa a implantação de um novo modelo gerencial em uma rede municipal de saúde, uma vez que o mesmo exige uma nova ordem institucional.

O novo modelo gerencial, a partir da reestruturação dos serviços prestados nas unidades básicas, deveria expressar o conjunto de valores que passam a orientar as práticas de saúde e estar articulado às diretrizes municipais. Externamente, isto significa redefinir o espaço institucional e suas relações com a comunidade. Internamente, representa um choque de interesses e a alteração das relações de poder.

Na unidade analisada Bracuhy, o conflito acentua-se, já que a coordenadora do 4º distrito sanitário, tendo ela participado do projeto GERUS, e consequentemente ficando responsável pela implantação do novo modelo gerencial em todas as unidades básicas de saúde do referido distrito, foi afastada do cargo.

Em entrevista, a gerente da unidade de saúde Bracuhy, afirma que na época, tomou conhecimento do projeto Gerus, por intermédio da coordenadora do 5º distrito sanitário apenas por alto, e que o projeto é completamente desconhecido pela maioria dos trabalhadores daquela unidade, e ainda que se houve alguma modificação, esta se deu de acordo com as necessidades impostas pela realidade dos serviços em seu dia a dia sem nenhuma relação com o que preconizava o projeto.

Quanto a sua gestão a gerente diz que, ela prioriza as normas e a padronização (típicas nas organizações públicas) no sentido de minimizar a complexidade que envolve as organizações de saúde, entretanto busca fazer alianças com instituições

religiosas no sentido de ajudar no quadro de saúde de sua área de abrangência, sobretudo no que diz respeito a desnutrição através da distribuição de cestas básicas.

"Nós mantemos uma relação com pastoral da criança aqui de Angra, no sentido de informar as crianças desnutridas para receberem as cestas básicas de alimentação que eles conseguem." (Gerente)<sup>7</sup>

A gerente admite ainda que os serviços oferecidos por sua unidade de saúde não estão de acordo com as necessidades da população assistida, não havendo até agora nenhuma avaliação no sentido de identificar quais seriam estas necessidades, afirma ainda, que os serviços oferecidos estão organizados de acordo com a possibilidade de oferta de profissionais, sem nenhuma relação com o que é demandado pela população, porém reconhece a necessidade da avaliação. Opinião esta que é repartida pela maioria dos profissionais e, de certa forma, pela maioria dos usuários entrevistados .

"A partir de uma avaliação estaríamos mais próximos das necessidades reais mesmo de saúde da população e poderíamos fazer um trabalho melhor." (Gerente)

"Você tem tantas idéias para trabalhar, mas você acaba desestimulado porque você não tem material humano, você não tem profissionais para oferecer a população." (Gerente)

"Nós ficamos dentro da unidade, então praticamente o doente que vem até você porque ele está doente, não é você que saiu até ele para descobri-lo." (Médico)

---

<sup>7</sup> Todos os depoimentos apresentados neste trabalho foram coletados junto aos trabalhadores e usuários da unidade de saúde Bracuhy, em janeiro de 2000

"Na realidade nós não estamos organizados, eu acho que estamos organizados para dentro da unidade, não estamos organizados para além dela, estamos meio organizados para dentro da unidade no que se refere as normas administrativas, mesmo assim com uma certa deficiência."(Administradora)

"As normas vêm para a gerente e ela repassa para os funcionários."  
(Atendente)

"Nós precisávamos de um médico para tratar de quando agente quebra um osso. Tirar chapa também, mas do que tem nós somos bem atendidos, não se espera muito, nem voltamos para casa sem atendimento." (Usuário)

A partir da observação da dinâmica de funcionamento da unidade, é seja notório a atitude de "muito boa vontade" em dar conta dos problemas de saúde da população assistida, ela tem permitido que a organização continue atendendo às demandas externas sem a diminuição do ritmo de trabalho. Entretanto, a ênfase no aspecto assistencial e individualizado dos serviços, a falta de uma programação integrada e a ausência de avaliação dificultam uma ação integrada que responda não apenas às demandas, mas também as necessidades da população, como propõe o novo modelo gerencial.

Os depoimentos dos trabalhadores e da gerência deixam claro que não houve de fato a implantação do Projeto GERUS naquela unidade, não havendo mudanças que tivessem sido regidas por ele, não interferindo desta forma na dinâmica do funcionamento da unidade desde antes do Projeto GERUS ser desenvolvido no Município de Angra dos Reis. Neste sentido, a relação

autoridade/atividade/comunicação, da rede municipal de saúde, continua obedecendo à lógica anterior ao projeto.

A forma como está organizada atualmente a unidade de saúde Bracuhy (como organizam-se os serviços na prática), tem dificuldades para controlar, coordenar e não avalia as atividades em saúde.

Esta é uma outra característica apontada por March, Cohen e Olsen (1976), ao descreverem o conceito de *anarquias organizadas*. O caráter de independência do trabalho individual desenvolvido nessas organizações dificulta a criação de mecanismos de controle e avaliação das atividades desenvolvidas.

Para Coelho (1980), a organização nesses casos é racional e não controla a qualidade. Ela tem uma função reguladora externa. Internamente, garante o controle administrativo - burocrático, orientando a distribuição de recursos humanos, financeiros e a ocupação de espaços.

Nas unidades analisadas - Belém e Camorim, estas duas estão sendo gerenciadas por gerentes que concluíram o Curso de Capacitação Gerencial de Unidades Básicas de Saúde - Projeto Gerus. Em entrevista, os gerentes das duas unidades afirmam que diversas foram as mudanças que ocorreram em suas unidades de saúde a partir do Projeto, pois durante o desenvolvimento do mesmo era exigido em forma de exercícios aos alunos, que eles trouxessem para a sala de aula diversas situações em suas unidades, no sentido buscar maior resolutividade em suas ações com vistas ao alcance de maior eficiência por parte dos serviços prestados em sua unidade.

E que a partir desses exercícios foi possível conhecer de perto as necessidades de saúde da população atendida, bem como uma maior clareza e transparência das relações internas e externas à organização

Ainda nas palavras deles, foi a partir dos dados levantados durante o curso que foi possível uma melhor programação, consideram eles que estes dados são o marco de um princípio de organização que até então não possuíam, e a forma organizativa que possuem hoje, muito é em função dos próprios; mesmo que isto tivesse representado o rompimento com algumas ações, que só posteriormente ao projeto GERUS, foi possível perceber que não faziam mais sentido.

Não há como deixar de fazer referência a semelhança gerencial que possuem as duas unidades analisadas, e até mesmo o estreitamento que as duas gerencias possuem, buscando um com o outro a melhor forma de enfrentar a diversidade e complexidade do ambiente de seu trabalho.

"Foi graças ao curso que eu pude perceber que o enfrentamento dos desafios no campo da gestão do trabalho em nosso serviço requeria ousadia de ação. Não era mais possível ficar restrito à simples advertência de que é preciso buscar novos caminhos. E isto foi feito a partir do momento que buscamos uma responsabilização no trabalho e instituímos um processo permanente de negociação." (Gerente - Belém)

"As nossas compras são feitas pela Secretaria e antigamente a qualidade dos materiais comprados era muito ruim, a partir de uma discussão em sala durante o curso decidimos adotar uma lista básica de materiais com a especificação detalhada de

cada item, e isto melhorou e muito a qualidade do que compramos, e o Camorim fez a mesma coisa, hoje quando eu quero incluir algum item na lista eu procuro saber se o Camorim já trabalha com ele, para saber se presta ou não, e vice-versa."(Gerente - Belém)

"O curso foi assim uma espécie de pensar a unidade toda novamente, organizando tudo e mexendo em muita coisa, isto agradou e desagradou muita gente aqui. Mas o usuário foi o principal beneficiado de tudo isto." (Gerente - Camorim)

"Nós e a unidade do Belém estamos sempre trocando idéias eu já conheço o "...." (gerente) desde a época do curso eu acho que isto dá maior segurança em nossas decisões." (Gerente - Camorim)

"Hoje podemos dizer que temos uma programação de compras, uso adequado do orçamento, uma nova cultura nas relações de pessoal, onde premia-se, não financeiramente, mas por folga ou perdoando os atrasos, aqueles que mais se dedicam. Enfim de maneira participativa até mesmo com uma cadeira para o representante da comunidade, discutimos e tomamos a decisão que achamos mais acertada." (Gerente - Belém)

"Nós somos uma equipe o nosso gerente formou essa equipe"  
(Administrador - Belém)

"Eu acho que desde que o nosso gerente começou o curso (Projeto - Gerus), houve um amadurecimento muito grande dele, ele passou a ter ouvidos e olhos muito mais profissionais" (Médico - Belém)



"Este posto (unidade) nós ajudamos a montar, a comunidade toda sabe que ele é de ótima qualidade. Aqui todo mundo conhece todo mundo, todo mundo sabe o problema que o outro tem, quando agente chega ao posto eles já sabem o que agente está precisando." (Usuário - Belém)

"É muito organizado o posto (unidade), não tem tudo que agente queria mas agente sabe que é difícil conseguir dinheiro, mas agente briga para conseguir, fala com vereador, com o presidente da associação de moradores até mesmo os móveis fomos nós que trouxemos do "brizolão" que foi abandonado. Depois o posto comunicou lá a quem devia." (Usuário - Belém)

"Hoje há uma divisão de trabalho muito mais justa do que a algum tempo atrás, antigamente os pacientes não procuravam um médico porque de alguma forma ele não tratava bem o paciente, e aí ele não retornava mais para ele e procurava outros. Eu acho que isto se dava por insatisfação do próprio médico no trabalho, coisa que não existe hoje." (Médico - Camorim)

"Discutir algum assunto administrativo antigamente, ficava apenas na discussão, era muito difícil fazer alguma coisa. Por isso as coisas tinham que ser autoritárias e isto não queria dizer que as pessoas fossem atender, agora não, agora as coisas são discutidas e aderidas por todos, tem sempre aquele que é do contra, mas acaba sendo posto de lado pelo grupo." (Administradora - Camorim)

"Esta unidade de saúde é uma maravilha moço, as pessoas e os médicos daqui são muito bons, eu não sei o que seria da gente se não fossem eles. Aqui agente

tem tudo que precisa, quando é algo mais grave tem o hospital no centro (Centro de Angra) e agente vai para lá, quando agente não pode ir vem para cá e eles pedem a ambulância para a gente." (Usuário - Camorim)

"A qualidade dos serviços nos ambulatorios aqui é muito boa." (Usuário - Camorim)

Considerando a rede municipal de saúde do município de Angra dos Reis, em relação a sua secretaria, tomando-se como base a unidade do Bracuhy para projeção das outras, que também não estão sendo gerenciadas por gerentes capacitados pelo projeto GERUS. Há um desencontro entre a estrutura formal e informal, uma vez que era desejo da secretaria a mudança do modelo gerencial como um todo, implantado, coordenado, avaliado e controlado por ela, sendo a mesma o principal órgão de autoridade dentro da estrutura da rede. Os principais depoimentos até aqui transcritos, não nos deixa dúvida de que o desencontro existe.

O desencontro entre poderes oficial e poder paralelos é uma questão amplamente discutida na literatura sobre a Teoria Organizacional; aparece como um fator inerente ao processo organizativo<sup>8</sup>

O que é importante destacar, em primeiro lugar, é que nas organizações de saúde este é fator que interfere diretamente no processo de trabalho. É fruto da complexidade dos serviços prestados e liga-se à possibilidade política de saberes específicos (várias categorias profissionais) e sua capacidade de articulação com os micro-poderes circunscritos a um determinado espaço de atuação.

---

8 Sobre o assunto ver Motta, P. R. , 1991

Na área de saúde, o conhecimento e a especialidade são instrumentos de legitimação e poder. O controle do processo de trabalho garante autonomia em relação ao projeto político institucional. Além disso, na esfera pública a ocupação de lugares estratégicos na estrutura organizacional, que favorecem contatos entre setores ou entre a organização e o ambiente, é também forma de poder na medida que permitem o controle intra e inter-institucional (poder técnico-burocrático).

Assim, qualquer mudança na estrutura significa alterar a estrutura de poder e conseqüentemente, alterar a correlação de forças. Está aqui talvez a razão pela qual, os gerentes que concluíram o curso de capacitação gerencial não estão gerenciando. Tal explicação é reforçada ainda pelas declarações que se seguem.

"Foram diversos os problemas que houveram perto da conclusão do curso que quase comprometeram o seu término, pessoas foram afastadas, houve alteração de estrutura, de coordenação etc." (Funcionário - Secretária de Saúde)

"Havia uma sensação de fragilidade das pessoas quanto aos seus cargos."  
(Funcionário - Secretaria de Saúde)

Em nosso estudo de caso, onde as unidades deveriam inserir-se num processo de mudança mais amplo que previa a substituição de práticas gerenciais por outras é de se esperar que acentuem-se as contradições internas e que surja uma nova correlação de forças.

A disputa pela condução técnica e burocrática do processo de trabalho nas unidades de saúde vão estar expressas na rede de relações informais que se consolidou naquele momento. A estrutura real de poder expressa no cotidiano extrapola o modelo, configurando do ponto de vista macro, ou seja a secretaria de saúde como um todo, numa aparente anarquia, que reflete as contradições internas à ela e o conflito político inerente às mudanças que o projeto deveria instituir.

A ambiguidade de objetivos (March, Cohen e Olsen, 1976) manifesta-se significativamente nas instituições de saúde devido `a natureza de suas atividades, seu processo de trabalho e ao forte componente humano que permeia suas ações.<sup>9</sup>

Os indivíduos demandam os serviços de saúde a partir de uma imagem institucional construída socialmente. Em função de referências particulares, dos objetivos sociais que a legitimam e do valor que a sociedade lhe atribui. Os profissionais, por sua vez, têm uma visão própria do espaço institucional onde realizam suas atividades e do seu papel social: a imagem objetivo é referenciada por seus interesses (corporativos) e pelos valores da sociedade.

A organização em si não tem objetivos, mas é composta por pessoas com interesses próprios, que se associam, negociam e interagem buscando a realização de algo.

Assim, os objetivos da organização, "não representam dados mas são considerados também produtos da política de interesses" (MOTTA, P. R. 1991),

---

9 Característica que integra o conceito de anarquia organizada definido por March, Cohen e Olsen (1976)

resultado da diversidade de aspirações de seus membros e dos demais atores que participam do sistema.

A amplitude e a pouca precisão na definição dos objetivos garantem um espaço para que as contradições se explicitem e as negociações e acordos se efetuem. Os objetivos, portanto, como afirma Etzioni (1989) vão ser frequentemente estabelecidos "num complicado jogo de poder, que inclui diversos indivíduos dentro e fora da organização".

Na secretaria municipal de Angra dos Reis este processo está presente desde o início do Projeto Gerus e se expressou de forma mais contundente no momento de seu término e conseqüentemente de sua implantação.

A secretaria em sua dimensão operacional, ao procurar modificar o modelo gerencial de suas unidades básicas de saúde, não garantiu politicamente a consolidação do mesmo, com exceção das duas unidades ditas anteriormente (Belém e Bracuhy).

O depoimento que se segue ilustra de maneira clara o que foi dito anteriormente.

"Na época do projeto Gerus, havia uma preocupação de maneira geral quanto as influências que poderiam exercer os gerentes que fizeram o curso. Uma vez capacitados houve medo que os novos gerentes adquirissem capacidade técnica e tornassem resistente a alguma orientação que os mesmos fossem contrários, e que isto se consolida-se de maneira geral nas unidades básicas de saúde." (Funcionário - Secretaria de Saúde)

O conflito faz parte e integra o processo decisório, consideramos que o modelo gerencial, qualquer que seja ele, entendido como um processo decisório que se realiza nas relações concretas de trabalho, é o instrumento pelo qual os diversos interesses se fazem representar; dele emergem os conflitos e nele se encerram as disputas de poder.

Frente a esta realidade, não nos deixa dúvida de que o novo modelo gerencial não consolidou-se inteiramente no município de Angra dos Reis como um todo, deixa-nos a impressão que este fato deve-se principalmente a ausência de objetivos claramente definidos por parte da secretaria de saúde onde os trabalhadores se opõem às mudanças introduzidas.

Apesar de todos estes desencontros, as unidades mantêm suas rotinas de trabalho, e uma dinâmica própria de funcionamento, guardada as devidas considerações no que diz respeito a hierarquia da rede de saúde, ou seja sua subordinação a secretaria de saúde.

Este processo foi teoricamente definido no capítulo III como uma anarquia organizada. Objetivos ambíguos, tecnologias difusas por parte da secretaria de saúde, permitem que as unidades básicas de saúde, a partir de suas relações internas e com o ambiente, construir uma realidade institucional sem romper com o sistema organizacional.

Descolada da proposta do Projeto Gerus, esta realidade retrata conflitos, e desencontros que emergiram em função dele.

Finalmente, as transformações provocadas pelo Projeto Gerus, parece-nos de caráter político e que nada tinham a ver com o novo modelo gerencial, mas de qualquer forma acabaram atingindo ao modelo, significando para o cotidiano dos serviços e dos trabalhadores a alteração de uma ordem/desordem acordada e consentida e iniciou um novo processo de acomodação e interação.

## **CAPÍTULO - V**

### **CONCLUSÃO**

Com este estudo , procuramos conhecer a dinâmica interna das unidades básicas de saúde do município de Angra dos Reis, de maneira geral em seus aspectos gerenciais. Correlacionando-os com as mudanças propostas por um novo modelo gerencial - Projeto Gerus no contexto da Secretaria Municipal de Saúde correspondente a este município.

Na bojo da secretaria de saúde um novo modelo gerencial vem sendo construído, em parte motivado pelo Projeto Gerus, que nada tem a ver com aspecto operacional, mas em função de desdobramentos políticos inerentes ao seu processo de implantação, conforme explicitado no capítulo IV. Em outra parte motivado pelas próprias injunções políticas que a própria secretaria está sujeita.

Há que se deixar claro que quanto as unidades de saúde Camorim e Belém, estas mais estão assemelhadas ao novo modelo gerencial proposto pelo Projeto, mesmo que não na sua integralidade, é possível identificar mudanças pontuais, porém significativas nestas unidades, que resultaram em satisfação para os funcionários e usuários.



Não temos dúvida que esta realidade está diretamente relacionada ao fato destas unidades estarem sendo gerenciadas por gerentes capacitados pelo projeto, porém este universo, ou seja as duas unidades básicas de saúde não é um referencial representativo para afirmarmos que o modelo apesar de não ter sido adotado em todos os seus aspectos, tenha se consolidado na realidade das unidades básicas de saúde pertencentes a rede municipal de saúde.

O conflito existente por conta da não garantia de continuidade do Projeto após a sua implantação, uma vez que os gerentes formados não gerenciaram. Aparece como uma tentativa de reduzir a amplitude e a importância das mudanças contidas no novo modelo gerencial a ser implantado.

Os movimentos internos que formaram-se no interior da Secretaria de saúde no sentido de preservar o modelo anterior, ou a inexistência de algum modelo, para garantir a hegemonia da administração, preservou a burocracia e a centralização municipal.

Nossa hipótese de anarquia organizada, caracterizada pela falta de aderência ao novo modelo gerencial resultando numa outra realidade dos serviços, não só se confirmou como também nos permitiu identificar algumas questões estratégicas que destacamos a seguir:

Tomando-se como referência a unidade analisada Brachuy, o desejo inicial da Secretaria de Saúde em implantar mudanças gerenciais sem estar acompanhada de uma estratégia de sensibilização dos trabalhadores e usuários em geral, de forma a compromete-los com a construção de um projeto institucional, tende a resultar numa

ação desordenada onde as pessoas tendem a se fechar nos grupos e a defender propostas individuais.

A sociabilização da proposta, a discussão com os trabalhadores e a negociação política interna e externa às organizações são pontos centrais para a efetivação das mudanças esperadas e para a construção social do novo modelo.

Na prática, este processo vai estar permeado por conflitos, sobretudo porque os profissionais são leais, primeiro a profissão, depois à organização (DUSSAULT, 1992, P. 14) É imprescindível, que os trabalhadores identifiquem as possíveis interfaces entre os objetivos profissionais e a oportunidade de crescer com eles. Criar um espaço institucional onde os conflitos possam emergir e as diferentes concepções possam ser discutidas é, portanto, uma prioridade para um novo modelo.

Na atual conjuntura da rede municipal de saúde, percebe-se que para a consolidação de um novo modelo gerencial, é importante que as unidades básicas de saúde apresentem soluções efetivas para a sua clientela externa, porém mais importante ainda, é o esforço da secretaria no sentido de estar junto com avaliações, dando suporte e continuidade a elas. Ao mesmo tempo, internamente percebe-se ainda, a dificuldade de instituírem-se novos padrões gerenciais, o que é resultado das disputas políticas em torno de novas tecnologias e da falta de mecanismos de interação.

O conflito que se instala neste campo entre secretaria de saúde, unidades básicas de saúde que possuam gerentes capacitados pelo Projeto Gerus ou não e, trabalhadores

tem como consequência direta a fragilidade da eficácia e resolutividade dos serviços prestados.

A credibilidade da rede de saúde no município está ligada à sua capacidade de dar respostas institucionais efetivas. Torna-se imprescindível proporcionar condições de controle popular e de se estabelecerem mecanismos de avaliação da qualidade, instrumentos gerenciais estratégicos para o funcionamento do sistema.

No atual momento, cabe a todos os gerentes das unidades básicas de saúde do município de angra dos Reis, a tarefa de, respeitando a lógica da organização e os princípios e diretrizes da política institucional, compatibilizar estes diferentes enfoques, garantindo seu funcionamento com um mínimo de eficiência para responder às expectativas sociais, que justificam a sua existência.

Ao concluir este trabalho, ficamos com a impressão de que a forma de organização e a dinâmica das unidades de saúde no município de Angra dos Reis demonstram que a luta política pela consolidação de mudanças de práticas gerenciais, não termina com a implantação de uma proposta descolada da garantia de continuidade.

A construção de um novo modelo é um processo dinâmico, que dependem essencialmente dos que estão envolvidos com ele e de sua capacidade de articulação e negociação na operacionalização dos princípios.

Considerando a arena política que são as organizações, para transforma-las é preciso entendê-las enquanto tal e, a partir daí, construir viabilidade política para que as mudanças desejadas possam se efetivar.

Conclui-se que a dissertação está plenamente justificada pelo embasamento realizado ao longo do desenvolvimento do trabalho, tendo sido alcançados os objetivos intermediários e o objetivo final, uma vez que buscou-se identificar e avaliar as mudanças gerenciais nas unidades básicas de saúde do município de Angra dos Reis após a implantação do Projeto Gerus.

Finalizando, é fundamental que se tenha a certeza que esta dissertação não é um fim em si mesma, já que, em decorrência de sua complexidade, existe ainda uma gama considerável de possibilidades passíveis de serem desenvolvidas em estudos posteriores, como a identificação e análise de mudanças gerenciais nas unidades básicas de saúde de outros municípios que também implantaram o Projeto Gerus, tais como: Volta Redonda, Niterói etc.

## BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, Pedro Ribeiro. *O Processo de Desenvolvimento de Sistema de Gestão em Organizações Hospitalares e a Importância de seus Dirigentes*. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas/EBAP. 1995.
- BERGER, Peter e LUCKMANN. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.
- BRAGA, N. O Processo Decisório em Organizações Brasileiras. In *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, Jul/Set, 1987.
- BRASIL, *Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. [Http://www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*: Promulgada em 05 de outubro de 1988. - 16ª ed. - São Paulo : Atlas, .p.119-122, 1988.
- CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?; In *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, fev/abr, 1990.
- CAMPOS, Gastão W. de S. A Reforma Necessária. In: BERLINGUER, G. *Reforma Sanitária Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec, p.179-207, 1988.
- CHANLAT, Jean François (Coord). *O Indivíduo na organização: as dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, V.2,1993.
- COHEN, M. e MARCH, J. *Leadership and ambiguity: the American College President*. N. York, 1974

DEJOURS, C. *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. In: CHANLAT, J. F. (Coord.) *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1992.

DUARTE JUNIOR, J.F. *O que é a realidade*. São Paulo: Brasiliense, 1984. 7. ed.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. In *Revista de Administração Pública* -FGV - Rio de Janeiro - vol. 26, n. 2, fev., 1992. Mimeo.

ECO, Humberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1998.

ETIZIONI, A. *Organizações Modernas*. São Paulo. Livraria Pioneira Editora, 1989. 8<sup>a</sup> ed.,

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 12<sup>a</sup> ed., 1996.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas da Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1987, 206 p

\_\_\_\_\_. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1989, 159 p.

HALLIDAY, T. L. - Declarações de Objetivos e Legitimação Organizacional - *Revista de Administração Pública* - Rio de Janeiro 25(1) - 25-34 Nov/Dez/90 Jan. 1991.

KATZ, Daniel Khan. Organização e o Conceito de Sistema. In *Psicologia Social das Organizações*, Atlas, 2<sup>a</sup> ed., Brasília, 1973.

KLIKSBERG, B. - A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1. P. 59-85, jan./mar. 1988

- LIMA, Antônio Ferreira. Cultura Organizacional: Conceito e funções deste fenômeno tão comentado e tão pouco entendido. In: *Revista Brasileira de Administração*, Ano VIII, n.21, 36-43, março 1998.
- MACHADO, M. H., CARSALADE, M. I. Os Trabalhadores da Saúde e o SUS. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV. Abr/jun - 1992.
- MALIK, A. M. e VECINA NETO, Gonçalo. *Desenhando um caminho alternativo para a Gerência dos Serviços de Saúde* - Mimeo. São Paulo - 1990.
- MARCH, J. e OLSEN, J. *Ambiguity and Choice in Organization*, Oslo, Universitetsforlaget - 1976.
- MATTOS, Ruy A de. O Desenvolvimento de Recursos Humanos na Administração Pública: do Modelo Tecnocrático ao Modelo Democrático. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, vol. 16, n.5, p.4-24, jul-set. 1982.
- MÉDICI, André C. e Silva, PEDRO L. B. *A Administração Flexível: Uma Introdução às Novas Filosofias de Gestão*. São Paulo, 1992. Mimeo.
- MELVILLE, Dalton. Conflitos Administrativos entre funcionários de "staff" e de "linha". Organizações Complexas. In: *Um Estudo das Organizações em face dos Problemas Sociais* - org. ETIZIONE, Amitai, Atlas, 1978 - São Paulo.
- MENDES. E. V. *O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: Reflexões sobre uma Agenda Mínima para a Reforma Sanitária*. Brasília, p.35, 1992. Mimeo.
- MILLS, Daniel Quinn. *Empowerment: um imperativo: 6 passos para se estabelecer uma organização de alto desempenho*. Rio de Janeiro: Campus, 1996
- MINAYO, M. C. de Souza Minayo. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. S. O. RJ. Hucitec ABRASCO, 1992.

MORGAN, Gareth. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, F. P. *Teoria Geral de Administração* - Livraria Pioneira Editora, 16<sup>a</sup> . ed., São Paulo/1991

MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 8<sup>a</sup> .ed. Rio de Janeiro: Record Ed., 1997

\_\_\_\_\_. *Transformação Organizacional: a Teoria e a Prática de Inovar*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1997

NOGUEIRA, R. P. A Força de Trabalho em Saúde; In: MÉDICI A. C. (org.) *Planejamento I; Textos de Apoio: Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ABRASCO/ENSP - 1987.

NOVICK, M. BRITO, P. MERCER, H. *Personal de Salud y Trabajo: Una Mirada las Instituições texto mimeo - Curso Latino Americano de Recursos Humanos em Saúde - 1992*

PEREIRA, L. C. Bresser e MOTTA, F. Prestes. *Introdução às Organizações Burocráticas*. São Paulo, Brasiliense, 1984.

PEREIRA, M.J.L. *Mudanças nas instituições. Empresa & Gerente*. São Paulo: Nobel, 1998

POSSAS, C. A. P. Reorganização do Sistema de Saúde: Elementos para o Debate da Reforma Sanitária Brasileira. *VIII Conferência Nacional de Saúde*, Março/ 1986.

RAMOS, Alberto Guerreiro. *A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2<sup>a</sup> ed., 1989.

\_\_\_\_\_. *Administração e contexto brasileiro: esboço de uma teoria geral de uma administração*. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1983



SANTANA, J. P. *A gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: Elementos para uma Proposta de Saúde* - Documento apresentado no painel Gestão de Recursos Humanos, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Brasília, DF setembro de 1973.

SERVA, M. *O fenômeno das organizações substantivas*. Revista de Administração de Empresas, v. 33, n. 2, p. 36-43.

SIMON, H. e MARCH, James. *Teoria das Organizações*. Rio de Janeiro. Editora da Fundação Getúlio Vargas, 5ª . ed., 1981.

TENÓRIO, F. G. *A anomalia do fato administrativo*. In Revista de Administração Pública - RAP. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 24(2): 5-9, fev./abr. 1990

\_\_\_\_\_ *Os mitos da razão administrativa*. In: Revista de Administração Pública - RAP. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 27(3):5-14, jul./set. 1993.

\_\_\_\_\_ *Tem razão a administração?*. In Revista de Administração Pública - RAP. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 24(2):5-9, fev./set. 1993

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo : Atlas, 1997.

WEBER, Max Burocracia. In: GERTH, H. e WRIGHT, MILLS, C., *Ensaio de Sociologia*. São Paulo, Zahar, 1974.