

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

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE
SISTEMAS DE GESTÃO EM ORGANIZAÇÃO
HOSPITALARES E A IMPORTÂNCIA DA
PROFISSIONALIZAÇÃO DE SEUS DIRIGEN
TES: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM
PROCESSO DE CONSULTORIA NO HOSPI
TAL EVANDRO CHAGAS / FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ

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

PEDRO RIBEIRO BARBOSA

Rio de Janeiro, 1996

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

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE
SISTEMAS DE GESTÃO EM ORGANIZAÇÃO
HOSPITALARES E A IMPORTÂNCIA DA
PROFISSIONALIZAÇÃO DE SEUS DIRIGEN
TES: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM
PROCESSO DE CONSULTORIA NO HOSPI
TAL EVANDRO CHAGAS / FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ

E

APROVADA EM: 08.01.1996

PELA COMISSÃO EXAMINADORA



ENRIQUE JERONIMO SARA VIA - Mestre em Filosofia



HERMANO ROBERTO THIRY-CHEERQUES - Mestre em
Filosofia



PAULO ROBERTO DE MENDONÇA MOTTA - Doutor em
Administração Pública (PhD)

199605 579

T/EBAP B238p



1000064981

À meus pais,
e especialmente a meu pai, pela
saúde.

À Eduardo e Diana,
que me causam enorme prazer por suas
vidas.

À Sheyla,
com quem tenho aprendido a partilhar o
mais importante, o sentimento mais
profundo e a contínua construção e
reconstrução do bem-estar em comum.

AGRADECIMENTOS

O final da dissertação causa enorme satisfação. Não apenas por ver um produto do trabalho ser materializado. Não posso deixar de sentir que este produto tem efetivamente a ver com o meu trabalho. Esse não é com certeza o "livro da minha vida", como a Profa. Sílvia Vergara sempre nos alertou para não tentarmos fazer. Não fiz. Mas ele é o que eu ando fazendo na minha vida profissional. Essa dissertação representa de algum modo uma síntese de alguns anos de trabalho. Aquilo que mais me motiva profissionalmente, desde que me envolvi com a formação em gestão hospitalar, está de algum modo aqui contido. Certamente trata-se de uma fotografia, de um instantâneo de tantos anos de trabalho. Por isso mesmo, também contém equívocos, trechos pouco claros, temas por serem melhor explorados, outros que sequer foram tocados. Mas espero que tenha expresso o objetivo que me alimenta profissionalmente, o desenvolvimento gerencial dos hospitais e o aperfeiçoamento de seus dirigentes. Especialmente os que são públicos, aqueles que por direito de cidadania, devem acolher, tratar e resolver problemas da população. Com certeza é um trabalho que representa pouco diante das necessidades dessas organizações e de seus usuários, mas é o meu trabalho, para o qual me dedico, penso que com o mesmo profissionalismo que cobro e espero ver nos dirigentes que passam por nossos cursos.

Ainda que se diga que uma dissertação é um produto fruto de um trabalho solitário, não é assim que a vejo. Ela foi possível e para ela contribuíram ainda que indiretamente, outros profissionais. Não posso deixar de registrar o agradecimento a alguns desses profissionais.

Primeiramente a Sheyla, minha companheira, que não apenas dividiu passo a passo a gestação desse trabalho, fazendo sempre as primeiras observações sobre o conteúdo ou sobre a forma. Com certeza o produto teria sido melhor se meu pragmatismo cedesse mais às suas orientações. Mas também a ela preciso

fazer um referência especial pelos últimos anos de trabalho e de convivência, quando gradativamente aprendi a ter objetivos mais claros e uma maior valorização do meu espaço profissional. Ver de perto a sua seriedade com sua formação é de fato contagiante. Devo muito ao que aprendo com ela.

Desde que entrei para essa área de trabalho, sempre trabalhamos em equipe e para os quais agradeço os aprendizados, a Chico, a Sheyla, a Maris e a Creuza, colegas do Núcleo de Administração. Nos últimos anos, a maior proximidade com Javier e sua equipe, muito me influenciou e influencia. Seu compromisso com a produção do conhecimento em gestão, incluindo a disseminação e também críticas ao Planejamento de Matus, marca a nossa linha de trabalho, assim como contribui para fazer da ENSP uma referência no campo da gestão e do planejamento em saúde. A ele e sua equipe do Núcleo de Planejamento do DAPS, também agradeço.

Na EBAP, uma referência especial ao Prof. Paulo Motta que muito tem contribuído com nosso trabalho, pela clareza e oportunidade de seus textos e suas aulas. A Hernando pela excelente disciplina oferecida durante o Curso de Mestrado. O mesmo a Fernando Tenório, que parecendo sério demais, me marcou por seu profissionalismo e espírito de trabalho.

Ao Prof. Enrique Saravia, por sua tranquilidade e clareza, especialmente sobre as questões das empresas estatais e demais organizações públicas e suas relações com o Estado. Com certeza esse trabalho teria sido melhor se me submetesse mais a ser por ele orientado.

Aos demais professores e funcionários da EBAP/FGV, onde eu passava sempre muito rapidamente, mas o suficiente para conhecer uma organização que tem qualidades que gostaria de ver na minha Escola.

Aos meus antigos professores que são igualmente responsáveis pela minha área de trabalho, Arouca, Mario Hamilton, Chorny e Paulo Buss.

A Gilles Dussault que apesar do pouco convívio, me contangiu com sua simplicidade e o saber lidar com o seu conhecimento e o desconhecimento dos outros, fato raro entre os profissionais mais experientes.

Aos dirigentes hospitalares que permanentemente com seus problemas e angústias, mas também com suas inovações e ações criativas, instigam o nosso trabalho. Especialmente aos dirigentes e funcionários do Hospital Evandro Chagas, que confiaram em mim e comigo dividiram o desafio de mudar. Ao Armando e Dayse, que na condição de alunos-diretores e principais executivos do processo neste Hospital, são bastante responsáveis pelos avanços ocorridos.

Aos funcionários do DAPS/ENSP que quase sempre precisam responder às minhas urgentes solicitações. Especialmente à Graça, a quem cobro mais e há mais tempo está conosco.

À ENAP, que me possibilitou uma bolsa durante boa parte de meu mestrado, contribuindo para o término do trabalho.

Agradeço à Cecília que também é um pouco responsável por esse trabalho, não deixando de me perguntar por ele e acreditando que eu chegaria lá.

Aos meus filhos, com quem disputei o computador várias vezes, mas que sempre me perguntavam quantas páginas eu havia escrito. A satisfação deles em ver o trabalho fluir era notável. Como se pensassem: "valeu à pena ceder à vontade de jogar os games".

Mais uma vez à Sheyla que não parou de me cobrar o andamento do mestrado e de todo o meu trabalho. A sua companhi, a sua preocupação comigo e seu carinho sempre foram importantes para mim.

RESUMO

Este trabalho trata do processo de transformação do sistema de gestão do Hospital Evandro Chagas/Fiocruz. Enfoca as características das organizações hospitalares públicas e os desafios de coordenação do trabalho médico e de pesquisa, tomando aquele Hospital como referência para reflexão. Apresenta e discute os princípios de organização de sistemas de gestão a partir das compreensões do planejamento estratégico-situacional e da teoria das macro-organizações de Carlos Matus. Finalmente, considera que o processo de desenvolvimento gerencial das organizações hospitalares, a partir da experiência em foco, deve ser compreendido em pelo menos duas dimensões mutuamente condicionantes: a primeira, ao nível do aperfeiçoamento das estruturas e métodos gerenciais; e a segunda, ao nível da profissionalização dos dirigentes hospitalares.

ABSTRACT

This dissertation discusses the process of transformation of the management system in the Evandro Chagas Hospital/Fiocruz. It focuses on the characteristics of public hospital organization and the challenge of coordinating the medical and research work. It presents and discusses the principles of the management system, from an understanding of strategic and situational planning of Carlos Matus's theories of macro-organizations. Finally, it considers that the process of management development of the hospital organizations, starting from the experiences in focus, should be understood in at least two mutually conditional dimensions: firstly, at the level of perfection of the management structures and methods; secondly, at the level of professionalization of the hospital managers.

ÍNDICE

I - Introdução

I.1.Apresentação.....	02
I.2.Justificativa e Objetivos.....	06
I.3.Metodologia.....	09

II -O Processo de Desenvolvimento Organizacional do Hospital Evandro Chagas (HEC)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)..... 12

II.1.Introdução..... 13

II.2.O Hospital Evandro Chagas 15

II.2.1.O Modelo Gerencial ao Início da Consultoria 20

II.3.Metodologia e Estratégias Utilizadas na Consultoria..... 23

II.3.1.O desenvolvimento do Processo e as Técnicas Utilizadas..... 25

II.3.2.O Sistema de Avaliação com Base em resultados Pactuados 38

II.4.A Complexidade Organizacional: a missão e os objetivos, as relações ambientais e a tecnologia do trabalho do HEC..... 40

II.4.1.Problematizando a Missão Organizacional..... 40

II.4.2.O HEC enquanto Organização Particular 45

II.4.3.Condicionamentos Ambientais..... 51

II.4.3.1.A Evolução do Quadro Epidemiológico e o HEC 52

II.4.3.2.O HEC e os Condicionamentos da Administração Pública 53

III -O Sistema de Gestão a partir do Enfoque do Planejamento Estratégico-Situacional (PES) de Carlos Matus 65

III.1.Apresentação 66

III.2.A Concepção de Matus sobre o Planejamento..... 70

III.2.1.Conjugando o Verbo Planejar 70

III.2.2.Planejamento como Cálculo Situacional e Estratégico 72

III.2.3.O Triângulo de Governo 74

III.2.4.O Conceito de Situação.....	75
III.2.5.A Teoria da Ação.....	78
III.2.6.A Teoria da Produção Social.....	81
III.3.A Metodologia do Planejamento Estratégico-Situacional	84
III.3.1.O Momento Explicativo.....	85
III.3.2.O Momento Normativo	90
III.3.3.O Momento Estratégico	96
III.3.4.O Momento Tático-Operacional	100
III.3.4.1. a dinâmica das organizações e o PES	101
III.3.4.2. o sistema de direção estratégica	108
III.3.4.3. estratégias de reforma organizacional.....	114
III.4.Considerações sobre o PES.....	117
IV - As Exigências de Profissionalização do Dirigente Hospitalar como Condição para Novas Performances Gerenciais	118
IV.1.Apresentação.....	119
IV.2.Alguns Aspectos Históricos da Função Gerencial em Hospitais Públicos Brasileiros.....	121
IV.3.O Diretor Hospitalar: médico ou gerente?	126
IV.4.A Realidade Francesa como Contraponto	128
IV.5.Estratégias de Profissionalização: a dimensão da formação e a dimensão das instituições	133
IV.6. A Formação dos Dirigentes do HEC.....	141
V - Considerações Finais.....	147
V.1.O Processo Iniciado.....	148
V.2.O Necessário Enriquecimento das Contribuições de Matus.....	151
V.3.O HEC e as Exigências de Profissionalização Gerencial.....	157
VI - BIBLIOGRAFIA.....	163

I. INTRODUÇÃO

I.1. Apresentação

Este trabalho está organizado em torno do tema da gestão hospitalar. Sabidamente um campo muito vasto para ser abordado com pretensões demasiadamente abrangentes. A opção aqui assumida procura valorizar alguns enfoques ou sub-temas específicos, tomados como relevantes, por quanto condicionam as atuais *performances* hospitalares, particularmente no setor público. O objeto central aqui tratado, a gestão hospitalar, está recortado e expresso por três grandes sub-temas, mutuamente condicionados - complexidade e especificidade da organização hospitalar, modelos gerenciais inovativos e profissionalização do dirigente hospitalar.

Ao tomar esse tema para trabalho, não se pode desconsiderar a crise que envolve o setor saúde, sobretudo ao nível da atenção médica-hospitalar. Naturalmente que não se pretende uma análise dessa crise, mas ao menos uma localização da sua dimensão que mais diretamente interage com o que será tratado ao longo da dissertação.

Vecina Neto e Malik (1991), propõem uma análise desta crise a partir de três dimensões.¹ Uma primeira a nível estrutural, mais associada à importância política conferida ao setor, que se expressa na baixa prioridade enquanto área de governo. Isso pode ser diagnosticado pelos limitados recursos destinados a área, mas também pelos baixos salários, pela qualidade dos serviços prestados, pelo reduzido controle social, pelos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gerência, entre outros. O segundo grupo de causas está a nível organizacional, naturalmente que condicionadas pelas primeiras. Entre tais causas, destacam-se a inexistência de objetivos claramente definidos, os gerentes sem compromisso com a profissionalização, a escassez de recursos financeiros, a limitada utilização de instrumentos de gestão, tais como planejamento, orçamento. Além de tudo, a completa ausência de padrões de trabalho, que limita a busca da eficiência e

¹. MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde, São Paulo, mimeo, 1991.pp.1-3.

acrescenta-se, de eficácia. No terceiro plano de análise, estão as causas de caráter individual, das quais faz parte a limitação profissional dos gerentes, que se sentem inseguros em suas funções, tanto por serem instáveis, sujeitos a trocas repentinas, mas também pela não capacitação. Para os demais funcionários, quase sempre o clima é de desmotivação e descompromisso, estando o gerente incapacitado para lidar com essa

"desmotivação generalizada..., no sentido de oferecer-lhes, ao menos, objetivos organizacionais claros a atingir, no mínimo como forma de garantir algum grau de compromisso, se não com a organização, ao menos com suas tarefas".²

Esse trabalho se dedica especialmente a lidar com o segundo e terceiro grupamento de causas, sem perder de vista a necessidade de repercussões no primeiro nível. Dentro das causas organizacionais, o foco de atenção é o sistema de gestão, assim como a profissionalização gerencial, causa que também cruza todas as dimensões formuladas pelos dois autores.

Todas as causas, demandam por sua vez, explicações nem sempre muito objetivas. Especialmente para o grupo de causas relevantes para este trabalho, referidas de maneira geral às lógicas de gestão hospitalar até então hegemônicas, há que se atentar a antecedentes de inadequação técnica (conhecimentos, métodos, instrumentos de gestão), mas também culturais (atitudes, valores, hábitos).

Depara-se com realidades de gestão na sua maioria marcadas pela improvisação, pelas ações voltadas para emergências, pela grande centralização e baixa autonomia dos dirigentes locais, pela ausência quase completa de compromissos com os resultados finais, pela irracionalidade e desperdício de recursos, etc.. Nesse contexto, também são poucos os dirigentes das organizações hospitalares públicas que encontram-se habilitados profissionalmente para funções de gestão.

². MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. op.cit. p. 2.

É sabido que a reversão desse quadro não se dará por soluções parcializadas. De maneira geral, a exclusiva injeção de recursos redundará quase sempre em maiores desperdícios, caso não sejam acompanhados de novas práticas, forçosamente amparadas em bases de responsabilidade social e profissionalismo renovado. Aqui, referindo-se a todos os profissionais, não apenas aos dirigentes, o que demanda uma imperiosa necessidade de transformação da cultura que hoje impregna tais organizações, expressa de maneira geral, por práticas profissionais de limitado compromisso com a razão de ser dessas organizações - a satisfação de seus usuários e a otimização de seus recursos.

Portanto, transformar tais organizações significará um pouco mais do que a necessária, mas não suficiente, elevação do montante de recursos a serem alocados.

Esse trabalho procura analisar condicionamentos igualmente relevantes e certamente estratégicos que, uma vez enfrentados, possibilitarão efetiva melhoria da performance dos hospitais públicos brasileiros, melhor justificando inclusive, maior aporte de recursos.

Como forma de organização do trabalho, optou-se pela elaboração de uma referência inicial que expressasse uma dada realidade de gestão hospitalar. Para isso, trabalha-se a partir dos resultados preliminares de um período da consultoria realizada em 1994 junto ao Hospital Evandro Chagas (HEC), unidade técnica da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. O propósito da assessoria e o interesse da sua Direção, se prendeu à *definição e implantação de um novo modelo gerencial na organização*. Não se trata de desenvolver uma típica análise de caso, enquanto metodologia de pesquisa, mas apenas a construção e utilização de uma referência com o intuito de facilitar e articular alguns campos de desenvolvimento teórico.

No primeiro capítulo, a descrição e análise de algumas dimensões da realidade de gestão do Hospital Evandro Chagas, procura agregar conceitos

utilizáveis no processo de explicação e conformação de modelos gerenciais aplicáveis a organizações hospitalares públicas, ainda que não apenas a elas. Por se tratar de um relato analítico, já neste primeiro capítulo as formulações de alguns autores serão utilizadas, especialmente para caracterizar o hospital público enquanto uma organização particular. Igualmente, são identificados aspectos a merecerem tratamento gerencial em caráter estratégico, no intento de transformar tais organizações. Busca-se ressaltar que a gestão hospitalar, através de modelos gerenciais específicos, necessita estar não apenas ajustada à natureza do trabalho hospitalar, mas aos demais fatores, especificamente ambientais e tecnológicos, incluindo o próprio trabalho, que condicionam o tipo organizacional hospitalar e sua performance.

No segundo capítulo, é feita uma síntese das contribuições de Carlos Matus no terreno do planejamento e da gestão. É apresentado o seu método, utilizado como referência no processo de consultoria, assim como suas bases teóricas. Os elementos apresentados neste segundo capítulo, visam ainda permitir a necessária compreensão acerca de bases conceituais possíveis de serem expressas em modelos gerenciais inovativos aplicáveis a hospitais. O ponto de chegada neste capítulo é o sistema de direção estratégica conforme formulado por Matus, assim como suas proposições sobre estratégias de intervenção organizacional. Embora tal modelo ainda não se apresente como plenamente operante na realidade descrita, a sua materialidade também não será apenas uma "imagem-objetivo", por quanto são apresentadas citações sobre seu desenvolvimento em outros hospitais.

No terceiro capítulo, o enfoque recai sobre o profissional da gestão. Neste caso, assume-se de imediato, uma estratégia de necessária diferenciação profissional para os dirigentes de organizações hospitalares. Toda a discussão deste capítulo está de um lado amparada nas exigências de formação conforme preconizadas por Matus, mas não apenas por ele. Igualmente, nesse momento, a razão de ser da própria consultoria, é vista como associada ao projeto de

desenvolvimento profissional dos seus dirigentes. O processo de transformação deste Hospital é também função de "novas leituras" de alguns de seus dirigentes, já formados. Aqui, o debate se trava entre uma dada postura tradicionalista e conservadora, que praticamente insiste na gestão hospitalar enquanto especialização ou escalão da carreira médica, versus a especificidade profissional do dirigente, ainda que médico, mas habilitado especificamente. Com este capítulo, retoma-se a vertente da formação gerencial, objeto de trabalho mais específico do autor.

Finalmente, o trabalho se encerra com algumas considerações ainda analíticas mas também propositivas, sobre as possibilidades vislumbradas a partir do Hospital Evandro Chagas. Alguns pontos obscuros persistem e são identificados, sejam relacionados à compatibilidade entre a natureza do trabalho hospitalar e as proposições de Matus, sejam referentes à própria complexidade do método escolhido e sua aplicabilidade mais extensiva e ainda, sobre os limitantes para efetiva capacitação e profissionalização do dirigente hospitalar.

I.2. Justificativas e Objetivos

Na apresentação é delineado um quadro de crise relativamente profunda e extensa, a cercar as organizações hospitalares públicas brasileiras. Os dirigentes dessas organizações são personagens nessa crise, na maioria das vezes levados por ela, poucas vezes conseguindo dimensioná-la mais detidamente. Para a maioria deles, o "fio da meada" para o seu enfrentamento é o problema que lhe espera ao chegar a cada dia ao seu hospital. Com certeza, até hoje, não foram poucos os problemas enfrentados e superados. Mas ao final do dia, poucos saem de seus hospitais com o espírito renovado, por terem alcançado resultados marcantes. A maioria das vezes, ainda carregam a sensação de frustração, por não conseguirem concretizar planos que acalutam e que podem mudar o hospital. O tempo se esvai rapidamente, muitas vezes os planos também!

Depois de alguns anos de docência em administração hospitalar, não é difícil perceber o quanto a maioria desses profissionais se entregam às suas causas de levar seus hospitais à frente, não sem angústia e muito desgaste, por se verem limitados nas suas práticas cotidianas, ao mesmo tempo em que os obstáculos se repetem e se avolumam. Enfrentam uma realidade onde as decisões programadas são exceções. Não são poucos os que já passaram por decisões cruéis, do tipo "A Escolha de Sofia".³ Que organizações e que modelos são esses de gestão, onde seus diretores, quase sempre médicos, são chamados a partilhar decisões desse tipo?

Viu-se também que as causas dessa ou dessas crises são várias, ainda que interdependentes.

Neste trabalho, o campo da gestão e do profissionalismo na gestão hospitalar são assumidos enquanto estratégias não apenas para o enfrentamento da crise, mas sim visando a condução dessas organizações. Aqui, igualmente, reside a sua maior justificativa. Essas organizações necessitam ser conduzidas e isto é algo mais do que simplesmente existirem e estarem a mercê de inúmeros condicionamentos e por eles erraticamente serem levadas.

Essas organizações, e naturalmente seus condicionamentos, sejam oportunidades, sejam fraquezas e limitações, devem ser identificadas e compreendidas. Compreender os fatores intervenientes na dinâmica das organizações, é no mínimo estar atento ao que interfere na vida de qualquer pessoa, uma vez estar-se permanentemente *nas* organizações ou *delas* sofrendo

³. Diversas matérias jornalísticas nos últimos anos vem veiculando as precárias condições de trabalho nos hospitais públicos brasileiros; esse tema é tratado em reportagem da Revista Veja de 18/08/93 do jornalista Elio Gaspari, sendo tomada como ilustrativa; expressa uma analogia ao famoso filme em que uma mãe durante a II Grande Guerra, é colocada diante da situação em que deve escolher um de seus dois filhos para salvar das mãos dos nazistas; o outro fatalmente morreria; em vários hospitais, essa escolha já é feita, como por exemplo, no caso de dois pacientes que necessitam respirador (aparelho para manter função respiratória - disponível em setores de emergência e centro de terapia intensiva) e há apenas um disponível; o médico, com assentimento de seu diretor ou mesmo orientado por ele, decide em qual paciente utilizar o aparelho; o outro...; na matéria há fortes depoimentos quanto a esse tema de diversos profissionais, incluindo diretores de hospitais no Rio e em S.Paulo.

algum efeito.⁴ Mas os dirigentes *não apenas estão* nos hospitais, não são seus pacientes, fornecedores ou funcionários, assim como num avião, o piloto não é um passageiro a mais! Conhecer a complexidade de um avião intercontinental, no caso de um piloto, é uma interessante analogia para o diretor hospitalar. Esse conhecimento para o piloto, não significa que ele deva saber fazer a manutenção de sua turbina, o mesmo para o diretor em relação ao seu tomógrafo. Mas ambos são ou devem ser responsáveis por uma "rota" e mesmo, "rotas alternativas" para suas "organizações". Também devem saber a importância de todas as partes, interações internas e externas, necessidades, insumos e produtos, relacionados com sua organização, para com eles interagir, valorizando permanentemente a razão de ser do todo organizacional ou seja, ser elemento vital para a sua eficiência e eficácia.

Justifica-se portanto este trabalho, na necessidade que a gestão hospitalar pública tem de encontrar novos caminhos, que seus diretores, ainda que muitos não se apresentem como conscientes dessa obrigação, sejam cada vez mais, *condutores de suas organizações*.

Matus traz importantes contribuições para o sucesso desses gerentes. Sempre há problemas relevantes e prioritários ao alcance da governabilidade dos dirigentes. É preciso identificá-los, elegê-los, enfrentá-los. Bem escolhidos, podem não ser o "incêndio nosso de cada dia", nem também "a causa fundamental de todos os males". Há obstáculos a cada nível de governabilidade e governabilidade se conquista e se negocia. A competência profissional ajuda.

Na prática, já não são tão isoladas as experiências de transformação. Merecem ser refletidas, para que sejam mais potencializadas, mais ousadas, mais radicais. Para que se ajustem mais às exigências atuais, dos usuários, ávidos por serviços médico-hospitalares, mas também, que correspondam à novas

⁴. Essas idéias derivam da compreensão de Etzioni de que cada vez mais as pessoas nascem, vivem e morrem por ação direta das organizações; vive-se uma sociedade de organizações; ETZIONI, Amitai. in: LEMOS, Sheyla. "O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza" Tese de Mestrado - EBAP/FGV, mimeo 1993.p.4.

perspectivas, onde recursos necessitam ser racionalizados, como também exige a própria sociedade.

Naturalmente, que objetivos devam ser alcançados com esse trabalho. Não é o caso de "provar" nenhuma tese. Não há um modelo de gestão sendo "defendido". No entanto, pretende-se que algumas características das organizações hospitalares, usando o Hospital Evandro Chagas como referência, sejam realçadas. Que modelos se ajustam a tais características? Que estratégias e princípios merecem ser valorizadas para dar conta da complexa dinâmica do trabalho hospitalar?

Os caminhos oferecidos por Matus possibilitam certa confiança para modelos inovativos aplicáveis aos hospitais. Abre-se com eles a possibilidade de resgate de valores vitais em qualquer organização e em qualquer trabalho, *responsabilidade e compromisso*, mas especialmente nesse, um trabalho coletivo e por isso mesmo organizacional, mas cuja essência ainda é artesanal e autônomo, o trabalho médico.

É objetivo agregar algumas reflexões a esse tema. Que modelos gerenciais são ajustáveis à gestão hospitalar? Que papel cumprem seus dirigentes? Quem são esses quadros? Que impasses vivem, por *serem* médicos e *estarem* gerentes? Como desenvolvê-los profissionalmente?

A consultoria ainda em curso, possibilitou vivenciar concretamente essas questões, que permanecerão no entanto, parcialmente respondidas ou mesmo, ainda mais problematizadas, o que exige certamente estudos mais detalhados.

I.3. Metodologia

Ainda que haja uma realidade hospitalar como referência inicial para a dissertação, todo o trabalho não enquadra-se tipicamente num estudo de caso, conforme preconizado por Gil (1987). Esse autor estabelece quatro fases claras a materializar um típico estudo de caso: delimitação da unidade-caso, coleta de

dados, análise e interpretação dos dados e redação do relatório.⁵ Essa lógica significaria deter-se e explorar o caso, processo que exigiria com certeza uma análise mais detalhada e fecunda daquela realidade. E isto não é intenção, não tendo sido realizada. Aceita-se que haja alguns elementos de uma pesquisa do tipo estudo de caso, sem que esta se materialize inteiramente como tal. A realidade do Hospital Evandro Chagas, menos do que um caso, é utilizada como pano de fundo para adequada localização dos temas tratados. Serve como uma guia para a organização do trabalho e para o seu desenvolvimento.

Há uma revisão bibliográfica não extensa. Está essencialmente baseada na obra de Carlos Matus e de outros autores que o tem como referência. Ainda são visitadas concepções bastante valorizadas para a compreensão das organizações hospitalares públicas, completando o núcleo principal da pesquisa bibliográfica.

O levantamento bibliográfico tem o propósito de permitir a compreensão das categorias com as quais se pretende trabalhar. Algumas análises são realizadas sobre a realidade do Hospital Evandro Chagas, mas não apenas sobre ele. Há considerações mais gerais sobre os temas centrais - sistemas de gestão aplicáveis a hospitais e profissionalização do gerente. Quanto às análises, são importantes os alertas de Minayo(1992), que espera-se tenham sido observadas. A autora chama atenção para três obstáculos ou verdadeiras armadilhas do processo analítico. O primeiro deles deriva do *"perigo da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador"*. O segundo obstáculo, quando deixa-se sucumbir *"à magia dos métodos e das técnicas"* analíticas. E finalmente, *"a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo"*.⁶

Ainda utilizando-se dos aportes de Minayo (1992), chama-se atenção para o fato de que a realidade aqui explorada, seus dados, necessitam ser

⁵. GIL, Antônio C. Como elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo, Atlas, 1987. p.121.

⁶. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.pp.197-198.

compreendidos *"em seu contexto, para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida"*.⁷

Quanto às limitações, elas são de duas ordens. Especialmente pelas dificuldades do pesquisador de lidar rigorosamente com as suas diversas categorias de análise. Tem-se que o produto final é sempre provisório e que este produto é na verdade, também expressão da práxis do autor, portanto marcado por suas próprias limitações. Assim, diminui-se o risco da objetivação da realidade, mas ressalta-se a sua parcialidade, enquanto interpretação historicamente localizada.

Finalmente, vale ressaltar que a forma concebida para o trabalho e seus instrumentos não se constituem numa dimensão isolada, como se fosse exclusivamente o seu instrumento. De certa maneira ele penetra o objeto, seus sujeitos, o investigador e por eles é transformado. Todos apresentam seus limites, a começar pelo recorte do objeto.

⁷. MINAYO, M.C. de S.op.cit.p.231.

II

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL EVANDRO CHAGAS (HEC)/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

II.1. Introdução

O tema da gestão hospitalar pública constitui o pano de fundo deste trabalho. O Hospital em questão, sob determinados aspectos, não escapa a uma prática gerencial improvisada e baseada em modelos transportados de outras realidades organizacionais, nem sempre adequados à natureza do trabalho em saúde, particularmente o hospitalar. Genericamente, esses modelos são burocratizados, amparados em rígidas e verticais departamentalizações, com ênfase em canais de comunicação formais e essencialmente, mais voltados para a gestão dos meios. Esses modelos não têm valorizado os objetivos finalísticos das organizações sanitárias, assim como têm se mostrado incapazes de coordenar o trabalho mais essencial dos hospitais, o trabalho médico.

Objetivando a superação dessas características clássicas, na perspectiva de uma eficiente e eficaz performance gerencial do HEC, são identificados e discutidos alguns "*constrangimentos*" presentes nas organizações hospitalares, a limitarem o aprimoramento de seu desempenho. É nesse propósito, que são valorizados temas afetos ao campo da gestão, trabalhados sob a ótica das especificidades das organizações de saúde, tais como, definição e implementação de objetivos organizacionais, complexidade e natureza particular do trabalho em pesquisa e do trabalho assistencial, especialmente, médico, e ainda, autonomia de gestão e habilitação dos dirigentes hospitalares.

Tendo tais sub-temas como enfoques a serem priorizados, algumas bases para novas modelagens aplicáveis a essas organizações são identificadas e, através da consultoria em curso, aplicadas no Hospital Evandro Chagas.

Torna-se importante salientar que ao longo deste período, a prática gerencial do Hospital sofreu algumas transformações. Por vezes, o texto estará se referindo a práticas tradicionais, antecedentes ao processo de consultoria, ou mesmo remanescentes. Sobre os novos instrumentos e práticas gerenciais que vêm sendo implementadas, algumas considerações são realizadas, sem no entanto, traduzirem-se em sistematizações acabadas. Na realidade no entanto, a

inovação ainda convive com o tradicional. Isso é natural, pois não esperam-se mudanças simples e automáticas de uma pela outra. Esse alerta visa dar relatividade a frieza do texto, quando por vezes este venha, por limitações do autor, expressar demasiada racionalidade e objetivação à descrição e análise da realidade deste Hospital.

Merece ainda registro, que a organização de toda essa reflexão, também está conjunturalmente condicionada, uma vez que expressa o próprio debate em curso no Hospital. Salienta-se sobremaneira, o processo de (re)definição da missão e dos objetivos do Hospital, seu impacto na organização/estruturação de seu trabalho e particularmente, nas práticas e instrumentos de gestão. Parte-se do princípio, conforme será explicitado ao longo do texto, o quanto são necessários maior clareza e apropriação gerencial da missão do Evandro Chagas. Assim, a nova lógica gerencial, seus instrumentos e sua prática, é implementada de modo a condicionar e, sendo também condicionada pelos temas mais substantivos - a missão e os objetivos organizacionais por um lado e, por outro, os resultados efetivamente alcançados. Não por acaso, as dimensões relacionadas aos objetivos e aos resultados organizacionais têm maior destaque neste relato. É fato que expressem uma demanda mais particular deste período da consultoria, mas também, materializam as bases mais fundamentais para um novo modelo gerencial neste Hospital.

Os métodos e instrumentos utilizados no processo de consultoria, são advindos essencialmente dos conceitos do *planejamento estratégico-situacional*, conforme formulado por Carlos Matus e desenvolvidos no próximo Capítulo, sendo igualmente utilizadas as idéias e experiências desenvolvidas por Luís Carlos Cecílio¹ que muito auxiliam na identificação das bases para construção de modelos gerenciais aplicáveis a organizações de saúde.

¹ CECÍLIO, L.C. "Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde." Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva, UNICAMP, S.Paulo, m8787uimeo, 1993.

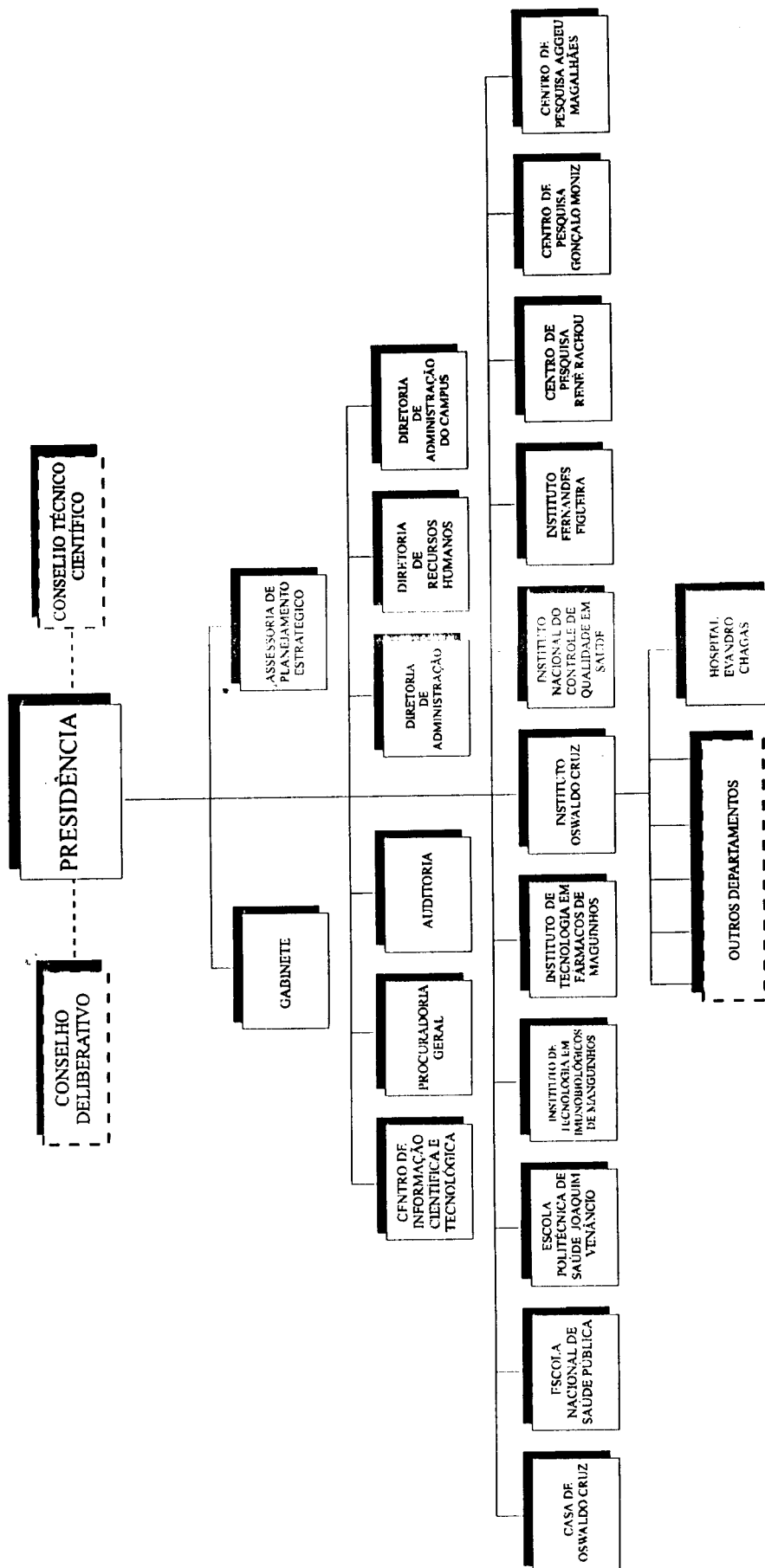
A organização deste primeiro capítulo se faz em quatro partes. Inicialmente, é apresentado o Hospital Evandro Chagas, com algumas características históricas e com informações sobre sua realidade atual. Em seguida, é descrito o processo e a estratégia da consultoria. Na terceira parte, são destacados os elementos mais fundamentais a serem considerados no processo de transformação do modelo gerencial do HEC: a natureza do trabalho hospitalar e de pesquisa, como condicionante de um tipo particular de organização e o desafio relacionado à melhor definição de sua missão e seus objetivos. Finalmente, é tratado o tema da administração pública brasileira, enquanto constrangimento específico a influenciar a organização e sua performance. Neste campo, é especialmente considerada a limitada autonomia da organização e de seus dirigentes.

II.2. O Hospital Evandro Chagas(HEC) - FIOCRUZ

Localizado no Campus de Manguinhos, Rio de Janeiro, o Hospital Evandro Chagas, é um Departamento de Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), sendo este, uma unidade técnica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Ministério da Saúde. Este Instituto, criado em 1901 pelo famoso cientista, deu origem à própria Fundação, sendo Centro de Referência nacional e internacional em diversos campos da pesquisa em saúde, especialmente para doenças tropicais. (Anexo 1 - organograma Fiocruz)

O HEC foi inaugurado em 1918, tendo sido

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



"planejado por Oswaldo Cruz, sob uma concepção revolucionária para o início do século..., tinha como objetivo o desenvolvimento da ciência e a formação de pesquisadores na área das doenças infecciosas e parasitárias, através da assistência médica diferenciada, da investigação científica e do ensino especializado. O projeto original previa seis pavilhões iguais ao prédio atualmente tombado pelo Patrimônio Histórico Nacional, dotados do mais avançado sistema de refrigeração mecânica existente na época".⁽²⁾

Suas atividades se expandem nas décadas seguintes, inclusive com a instalação de unidades avançadas no interior do país. No Campus de Manguinhos, no início da década de 50 é projetada uma nova instalação.

Anexa ao prédio original, a nova unidade foi inaugurada em 1957, que funcionou plenamente com 60 leitos até 1977, sendo então desativada para um período de reformas. Assim, o HEC volta a concentrar-se no antigo prédio, de onde não mais saiu, tendo havido apenas a construção das salas de ambulatório, à sua frente.

Na década de 70, o Hospital enfrentou um período de retrocessos. Acompanhou por um lado o descaso dos governos autoritários com o setor público hospitalar como um todo e por outro, a falta de incentivo à produção científica, que na FIOCRUZ chegou ao extremo no caso conhecido como Massacre de Manguinhos⁽³⁾.

O HEC por onde já passaram importantes pesquisadores e que dera importantes contribuições para o combate e controle das doenças transmissíveis no Brasil, é transformado em simples hospital de apoio.

Somente em meados dos anos 80 é iniciada a recuperação institucional do HEC. Nesse período, pesquisadores foram convidados a participar da sua renovação. Foi estabelecido um convênio de co-gestão com o Instituto Nacional

². FIOCRUZ. Hospital Evandro Chagas, Projeto Institucional, mimeo, 1989.

³. Durante o regime autoritário implantado após 1964, vários pesquisadores da Fiocruz, foram perseguidos politicamente e aposentados compulsoriamente ou tiveram suspensos todo e qualquer apoio institucional para que continuassem suas pesquisas, o que obrigou a maioria a trabalhar fora do país.

de Assistência Médico-Previdenciária (INAMPS), que passou a aportar recursos importantes para investimentos e manutenção. Foi reconstruída uma infraestrutura básica para funcionamento, incluindo instalações e equipamentos. Há incorporação de profissionais para as áreas de assistência e de pesquisa, com incremento acentuado nas suas atividades.

Esse novo momento defrontou-se no final da década de 80 com políticas restritivas para o crescimento do setor público hospitalar. As contratações foram proibidas ou dificultadas ao extremo. A co-gestão é posta em risco, apesar de já ser responsável por 80% dos recursos para custeio do Hospital.

A partir desse período, ocorreu uma estagnação nos investimentos. O quadro de pessoal diminuiu, pela impossibilidade de concursos e formas alternativas de contratações.

Atualmente estão lotados 160 profissionais no HEC(Quadro 1). Restam ainda, como forma de reposição de mão-de-obra, as contratações temporárias, estágios ou cessões/redistribuições de outros órgãos públicos. A parte física também seguiu em franca deterioração, explicando em parte o porquê das suas atuais instalações encontrarem-se extremamente precárias.

No entanto, seus profissionais incrementaram sobremaneira a produção científica (Quadro 2) e sua atividade assistencial manteve-se em evolução (Quadro 3).

Hoje é uma Unidade especialmente conhecida pela atuação na Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), sendo que diversas outras patologias transmissíveis também são lá atendidas e igualmente, constituem-se em campos de pesquisa.

Formalmente, a sua missão organizacional e seus objetivos, continuam sendo aqueles preconizados por Oswaldo Cruz no início do século. Mais adiante, esse tema será tratado especificamente. Quadro 1, 2 e 3.

QUADRO 1
HOSPITAL EVANDRO CHAGAS (HEC) - FIOCRUZ
DEMONSTRATIVO DE SERVIDORES DO HEC SEGUNDO NÍVEL DE
ESCOLARIDADE

NÍVEL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
SUPERIOR	24	24	63	63	97	97	68	73	71	67
MÉDIO	50	50	86	86	111	111	95	97	93	93
TOTAL	74	74	149	149	208	208	163	170	164	160

Fonte: SRH/HEC. Maio/1994

QUADRO 2
HOSPITAL EVANDRO CHAGAS (HEC) - FIOCRUZ
DEMONSTRATIVO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA - 1988/1994
(NÚMERO DE TRABALHOS/ANO: PUBLICAÇÕES NACIONAIS E
INTERNACIONAIS, LIVROS, CAPÍTULOS DE LIVROS E TESES DE
MESTRADO/DOCTORADO)

ANO	TRABALHOS(NÚMEROS ABSOLUTOS)
1988	11
1989	24
1990	23
1991	35
1992	59
1993	51
1994	73
TOTAL GERAL TRABALHOS 88/94	278

Fonte: COORD. de Ensino de Pesquisa - FIOCRUZ

QUADRO 3
HOSPITAL EVANDRO CHAGAS (HEC) - FIOCRUZ
DEMONSTRATIVO DE PRODUÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS 1988/1994

PROJETO	ANO						
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
ADMISSÃO	329	141	359	443	417	369	432
HOSPITAL - DIA(1)	-	-	-	-	581	400	363
CONSULTAS EXTERNAS	7386	5917	10606	10991	10694	10618	11921

Fonte: Serviço de Informação e Apoio e Serviço de Enfermagem

(1) Indica o número de quimioterapias diárias em pacientes de AIDS no Setor de Internação

II.2.1. O Modelo Gerencial Vigente ao Início da Consultoria

Trata-se de um modelo clássico, com uma departamentalização hierarquizada e com dicotomia entre as áreas de administração(dos meios) e de assistência, organizadas sob a forma de duas coordenadorias. Apesar da existência de uma terceira Coordenadoria que se ocupa das atividades de ensino e pesquisa, percebeu-se o quanto esta vinha sendo uma instância menos importante⁽⁴⁾.

O Hospital possui no interior do orçamento do Instituto Oswaldo Cruz, dotação específica, não constituindo-se no entanto, em unidade gestora autônoma. Conforma-se enquanto unidade de despesa, realizando as atividades de planejamento orçamentário e instrução dos processos administrativos relacionados com a execução é o controle. Sua autonomia limita-se às compras e contratações de serviços de pequena monta⁽⁵⁾.

A Direção da Unidade é ocupada por pesquisador que se submete a um processo eleitoral direto. O mais votado, tem seu nome aprovado pela Direção do Instituto Oswaldo Cruz.

Aquele pesquisador, que possui reconhecimento científico em alguma área de atuação do Hospital, acaba por marcar com seu estilo pessoal a prática de gestão, já que não há a princípio, qualquer sistemática de gestão implantada, a não ser as rotinas de gestão dos meios(materiais, orçamento, finanças, recursos físicos e humanos).

Há uma instância colegiada, o Conselho Departamental, que reúne o Diretor, os Coordenadores de administração, de assistência e de ensino/pesquisa, além dos chefes dos serviços.(Anexo 2 - Organograma do HEC)

⁴. O processo de consultoria em curso, através das problematizações realizadas e das ações já propostas, está coincidindo e propiciando novas funções para essa Coordenadoria, de modo a transformá-la em espaço de formulação de diretrizes para a pesquisa e o ensino, assim como instância coordenadora efetiva de tais atividades.

⁵. Refere-se as modalidades de compra direta e compra por carta convite, conforme Lei Federal n. que regulamenta o processo de compra e aquisição de serviços junto a administração pública brasileira; no caso do HEC, mesmo essas duas modalidades precisam ser autorizadas pela Direção do IOC.

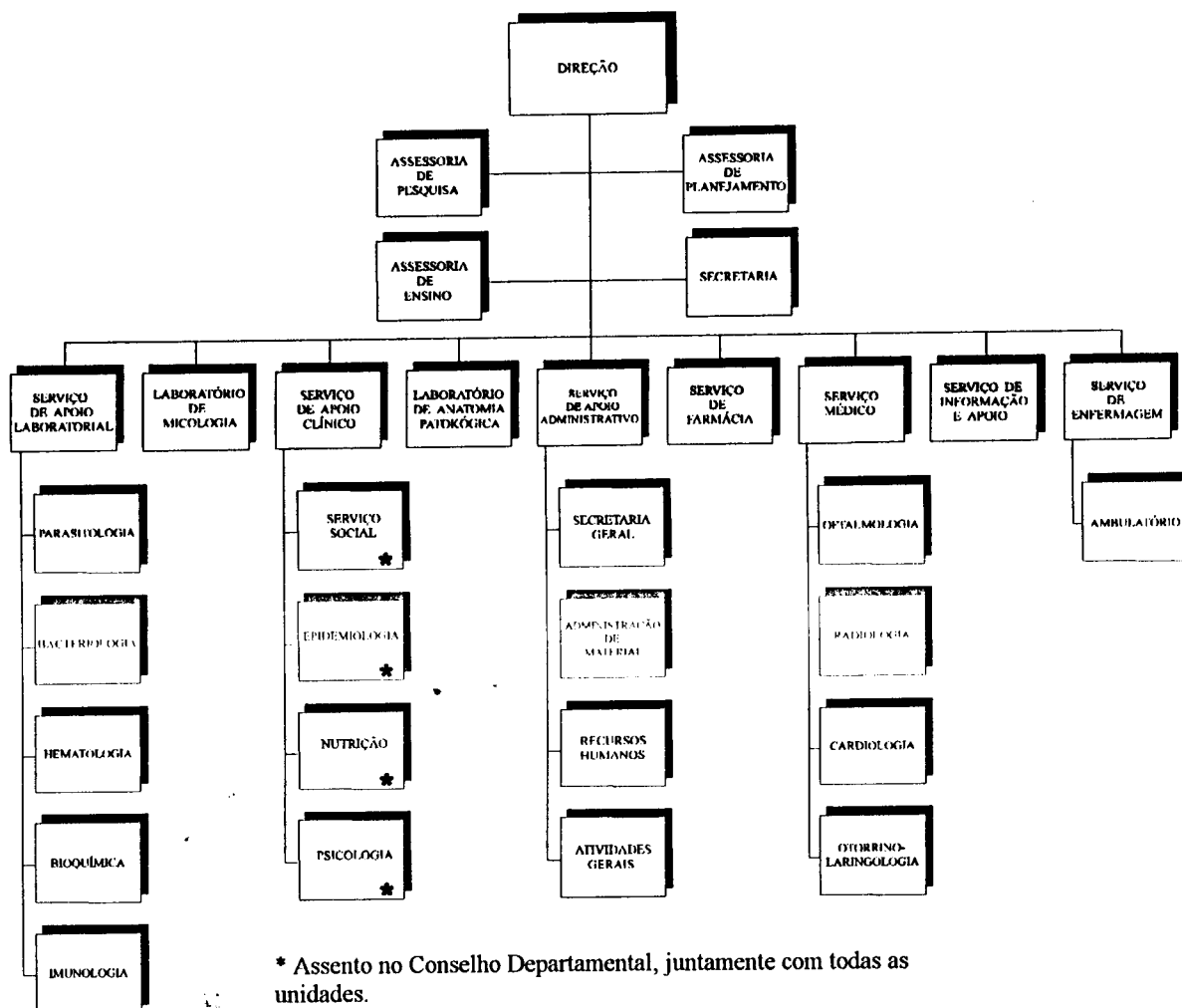
O dia-a-dia da gestão é marcado por emergências, que ocupam boa parte da agenda dos Coordenadores e do Diretor, sendo este bastante ocupado ainda com os despachos de rotina, já que precisa conferir todos os processos em curso, que passam ao menos uma vez em sua mesa.

Não se observa a utilização rotineira de instrumentos de gestão. Há um sistema de informações importante, tanto sobre as atividades assistenciais, quanto as de caráter administrativo, porém os dados apurados não são adequadamente utilizados, não sendo em consequência, valorizados na avaliação dos serviços ou no processo de tomada de decisões. Não há apuração de custos. O melhor e mais eficiente sistema operacional encontra-se na gestão de materiais, de modo a propiciar um processo de abastecimento por cotas que funciona a contento.

A lógica gerencial acaba por ser determinada pelas crises e rotinas. Apesar do gabinete do Diretor ser o centro da maioria das decisões, estas não apresentam racionalidade associada aos objetivos formalmente definidos, nem amparadas em bases de eficiência e eficácia. Consuma-se uma gestão errática, por quanto condicionada por demandas assistemáticas e atomizadas, oriundas das diversas unidades organizacionais que compõem o Hospital.

As características da tarefa organizacional do HEC, discutidas adiante ainda neste Capítulo, quando cotejadas com o seu atual modelo de gestão, acabam por denunciar uma inadequação deste modelo, na medida em que não apresenta mecanismos ou instrumentos suficientemente eficazes no intuito de elevar a sua *performance*. De modo um tanto intuitivo, a atual Direção percebe o quanto há de dispersão de esforços e recursos no interior da organização e como são fragmentadas e pouco coordenadas as suas diversas atividades, com clara repercussão nos seus resultados. Em particular, no contexto atual, há

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL EVANDRO CHAGAS (HEC)



riscos para projetos assumidos pela Direção do Hospital como estratégicos para o seu futuro, com consequentes riscos para o próprio Hospital.

II.3. Metodologia e Estratégias Utilizadas na Consultoria

O processo de assessoria, no qual estão bastante envolvidas a equipe de Direção e as diversas gerências intermediárias, está baseado na metodologia do "planejamento estratégico-situacional", desenvolvida por Carlos Matus⁽⁶⁾, tendo também utilizado algumas técnicas do método ZOPP⁽⁷⁾, além de algumas outras da Gestão da Qualidade Total⁽⁸⁾.

O que há em comum em todas as técnicas utilizadas é a ênfase na identificação e no alcance de resultados, sendo estes definidos como metas a serem alcançadas por diversas técnicas propostas nos respectivos métodos. Há ainda para os três métodos, um compreensão de grande valorização dos processos participativos, com proposição de técnicas de envolvimento dos diversos atores organizacionais, de modo a que externalizem e socializem problemas, estes assumidos enquanto obstáculos ao alcance de resultados, soluções e interesses a serem difundidos e coordenados na organização.

A estratégia empregada, que principaliza a discussão dos resultados organizacionais, está de acordo com as concepções de Matus acerca da antecedência da "*regra de responsabilidade*",⁹ enquanto condicionante mais importante na conformação de sistemas de gestão. O sistema de gestão conforme

⁶. MATUS, Carlos. O Planejamento estratégico-situacional(PES) na prática. Fundação Altadir, Caracas. mimeo, 1987.

⁷. ZOPP é uma sigla em alemão de Ziel Orientierte Projekt Planung, que significa Planejamento de Projetos Orientado para Objetivos, tendo sido desenvolvido pela agência alemã de cooperação técnica Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit - GTZ.

⁸. SCHOLTES, Peter R. Times da Qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade. Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1992.

⁹. MATUS define 4 regras básicas: direcionalidade, que corresponde a uma adequada definição e implementação de missão e objetivos organizacionais; responsabilidade, que corresponde à existência de um sistema de prestação de contas dos resultados que confirme os objetivos; departamentalização, que corresponde à divisão do trabalho organizacional e adequada definição de competências; e governabilidade, que corresponde à capacidade de governo do sistema, expresso sobre o poder que os dirigentes possuem sobre as variáveis que importam ao sistema; é oportuno frisar que para o autor, as regras de direcionalidade e responsabilidade são mais condicionantes que as duas outras, na conformação de um eficaz sistema de gestão. ver Matus, Carlos, op. cit.

preconizado por Matus, supõe um forte subsistema de petição e prestação de contas, que em termos estruturais, é a expressão objetiva da regra de responsabilidade. Esse aporte teórico está considerado no próximo capítulo deste trabalho, juntamente com considerações adicionais, aportadas por Flores⁽¹⁰⁾ que se somam às concepções de Matus. Flores detém-se especialmente sobre os mecanismos de coordenação das ações organizacionais com base nos compromissos organizacionais assumidos por seus membros através de atos de comunicação.

A implementação de uma planilha de indicadores, conforme desenvolvida nessa etapa da consultoria, busca reforçar no interior da organização o componente *responsabilidade*, com base na difusão de práticas comunicativas diretas entre os membros do HEC, de modo a forjar uma rede de compromissos para o alcance de resultados organizacionais marcados por maior eficiência e eficácia.

Assumindo os resultados enquanto uma dimensão que condiciona, mas também é condicionada pela missão e pelos objetivos organizacionais, o processo aberto traz para o centro do debate essa segunda dimensão, relacionada à direcionalidade organizacional.

Ao longo dessa etapa da assessoria foram realizadas inúmeras oficinas de problematização, intercaladas com oficinas para construção de operações e ações gerenciais a serem desencadeadas, visando transformação qualitativa dos problemas definidos como prioritários.

A Direção do Hospital constituiu, a partir do seu Conselho Diretor, uma equipe técnica composta por 12 profissionais, incluindo o próprio Diretor⁽¹¹⁾, com a responsabilidade de atuar junto ao assessor. Essa equipe foi a responsável

¹⁰. FLORES, Carlos F. Inventando la empresa del siglo XXI. Chile, Hachete, 1989.

¹¹. Após 2 meses de iniciada a assessoria, a Diretora do Hospital deixou o cargo, assumindo o seu Vice-Diretor, que manteve todo o processo, apesar de não passar a constituir o Grupo Técnico em questão; mas recentemente, o novo Diretor também se envolveu, juntamente com sua equipe de Direção geral(Diretor Administrativo, Diretor Médico, Diretor de Ensino e Pesquisa, além da responsável pelo Setor de Informações e Arquivo, que passou a uma condição de assessora interna para o desenvolvimento do atual modelo de gestão).

pelas primeiras oficinas, assim como organizou as primeiras operações gerenciais. Todo o trabalho era repassado periodicamente ao Conselho Departamental, que aprovou a implementação da primeira operação de transformação do modelo de gestão: a implantação de uma *planilha de indicadores, metas e prazos*, referente a atividades diversas de todo o Hospital. Com ela, iniciou-se um trabalho em cada unidade organizacional do HEC (serviços e setores), de modo a negociar-se e formalizar-se responsabilidades e compromissos em torno dos específicos indicadores, metas e prazos relacionados às atividades eleitas como objeto de monitoramento e prestação de contas afetas àquela unidade ou unidades organizacionais. Ao todo foram cerca de 20 oficinas, para ao final, o Conselho Diretor acatar e aprovar a planilha definitiva, com 43 indicadores de desempenho nas áreas administrativa, assistencial, de pesquisa e de ensino.

II.3.1. O Desenvolvimento do Processo e as Técnicas Utilizadas

A primeira oficina de trabalho realizada entre a assessoria e o grupo constituído teve o propósito de, numa primeira aproximação, discutir a metodologia básica a ser empregada, incluindo os princípios do novo sistema de gestão a ser alcançado. Os quatro momentos do planejamento estratégico-situacional foram apresentados, sendo dado maior destaque aos momentos explicativo e tático-operacional, uma vez que este último contém o próprio sistema de direção.

Nas oficinas que se sucederam, ainda com esta mesma equipe, foram sendo aplicadas diversas técnicas preconizadas no método de Matus e ainda advindas da gestão da qualidade total.

A primeira delas foi a do *brainstorming*¹², que teve o propósito de enumerar problemas segundo a ótica dos participantes do grupo. Ela foi seguida

¹². A técnica do *brainstorming* é utilizada como ferramenta que auxilia processos decisórios em equipe; a técnica consiste em facilitar que as idéias de todos os participantes de um grupo sejam veiculadas livremente, sempre relativas a um assunto em pauta; de maneira geral se faz uma pergunta por um

da técnica do *grupo nominal*¹³ para obtenção de consenso sobre os problemas anteriormente levantados. Com isso, o grupo constituiu um banco de problemas, hierarquizados segundo o sistema de pontuação do grupo nominal. A técnica aplicada em seguida, própria do PES, foi o *protocolo de seleção de problemas*, conforme exposto no Quadro 4. O problema selecionado, foi o seguinte: "inadequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos do HEC".

O primeiro problema identificado foi submetido ao *fluxograma explicativo do PES* (Quadro 5), realizando-se o processo com a definição dos *descritores do problema*, a construção da sua *rede causal*¹⁴, a identificação dos *nós críticos* e a descrição dos nós críticos. Os nós críticos escolhidos foram:

Conforme o momento normativo do PES preconiza, a todos os *descritores dos nós críticos* (vetor de descrição do nó crítico - VDNC), foram identificadas *ações a serem desenvolvidas*¹⁵ (Quadros 6, 7, 8, 9 e 10).

A primeira operação a ser desenvolvida foi a implantação de um *sistema de petição e prestação de contas*. Esse foi concebido segundo duas dimensões interrelacionadas. A primeira, tratou das atividades produzidas assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa. Restaram campos afetos à satisfação dos usuários e dos funcionários, mas que seriam abertos em momentos posteriores.

animador, de modo a estimular que cada participante escreva suas idéias livremente numa folha de papel e por solicitação do animador, possa em seguida ir expondo seus pensamentos para o grupo; o brainstorming é geralmente seguido de outra técnica, em geral a votação múltipla ou como parte integrante da técnica do grupo nominal, para que o grupo hierarquize as idéias principais, segundo posicionamento agora coletivo; SCHOLTES, Peter R. op.cit. p.2-37/38.

¹³. Trata-se de uma abordagem mais estruturada que o brainstorming; num primeiro momento, realiza-se um brainstorming, onde várias idéias e opções são apresentadas para o grupo por cada um de seus participantes; num segundo momento, os membros do grupo iniciam um processo onde o objetivo é reduzir as opções iniciais; do total de opções, 20, 30 ou mais, cada membro escolhe 4 ou 5 que para si são mais importantes, atribuindo a cada opção um valor específico (1 a 5); em seguida as opções de todos com seus respectivos valores são contabilizadas, de modo que ao final o grupo apresenta uma listagem com as opções de maior valor para o grupo; SCHOLTES, Peter R. op.cit. pp.2-43/44.

¹⁴. Preconiza Matus um fluxograma com três planos de causas - fluxos, acumulações e regras - conforme desenvolvido no Capítulo II; neste caso, ainda que as causas tenham sido hierarquizadas, não houve rigidez quanto ao estabelecimento dos planos.

¹⁵. Matus preconiza a utilização de uma matriz de operações, onde se articulam os descritores dos nó crítico, as ações, os recursos críticos por ação, os produtos e os resultados; resultado tem o significado de uma solução/objetivo a ser alcançada, como situação futura desejada em oposição ao problema/descriptor respectivo; ver com mais detalhes no Capítulo II.

QUADRO 4

PROTOCOLO DE SELEÇÃO DE PROBLEMAS

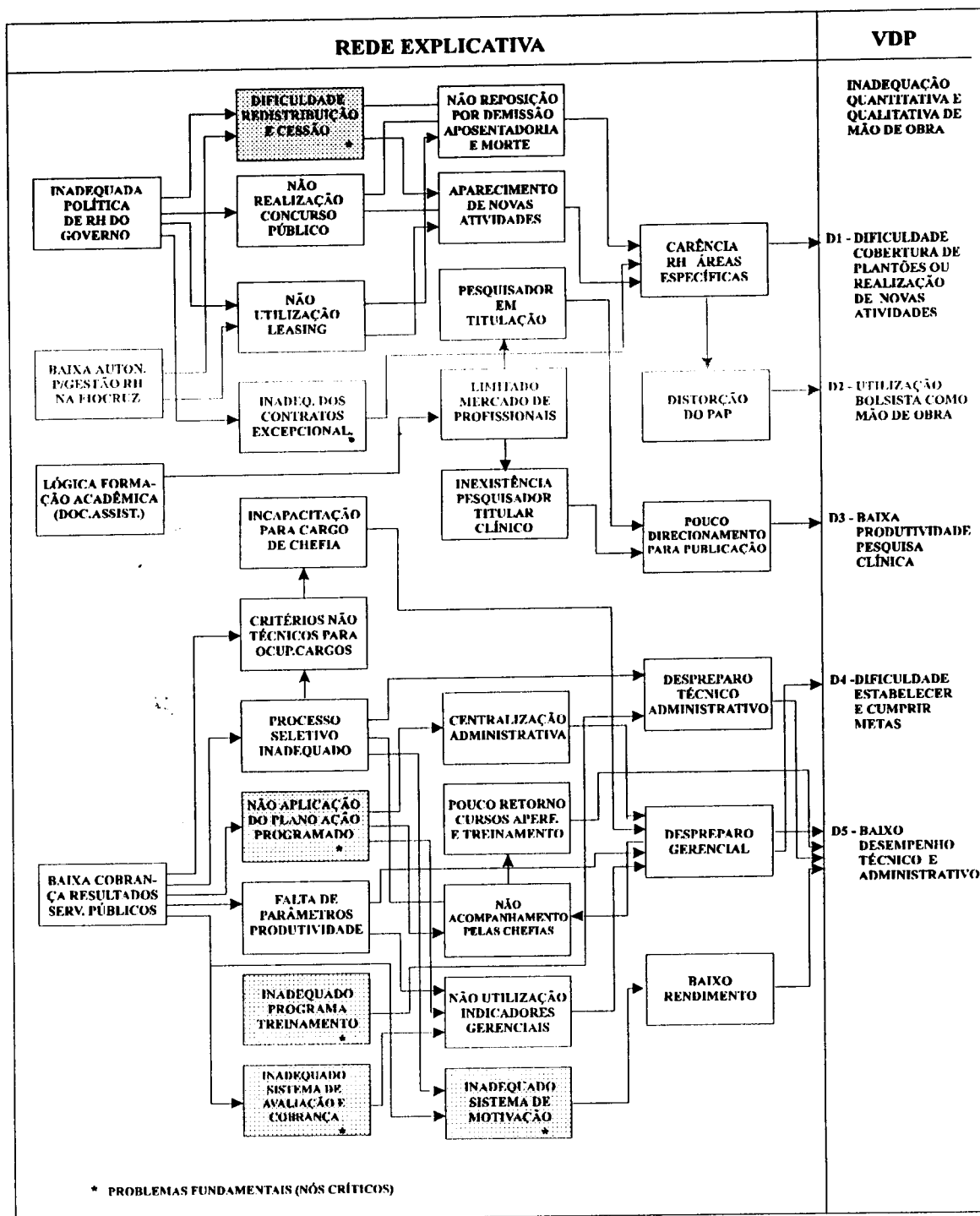
APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE PROBLEMAS

PROBLEMAS	(1) VALOR POLÍTICO	(2) MATURA- ÇÃO	(3) RECURSOS EXIGIDOS	(4) GOVERNA- BILIDADE	(5) RESPOSTA ADORES GOVERNA- BILIDADE	(6) CUSTO POSTERGA- ÇÃO	(7) INOVAÇÃO CONTINUI- DADE	(8) IMPACTO NA QUALIDADE	SELEÇÃO (SIM) (NÃO)
Inadequação quantitativa e qualitativa dos RH da HEC	alto	dentro do período de governo	econômicos e organizativos	alta	(+)	alto	IN	(+)	SIM

Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análise Teórico. op.cit. p. 42 (adaptação)

QUADRO 5

FLUXOGRAMA EXPLICATIVO HOSPITAL EVANDRO CHAGAS/ PROBLEMA SELECIONADO: INADEQUAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA MÃO DE OBRA



QUADRO 6

PROBLEMA: INADEQUAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE RECURSOS HUMANOS	
CAUSA: INADEQUADOS SISTEMAS DE AVALIAÇÃO DOS MEIOS E DE ALCANCE DE RESULTADOS	
OPERAÇÃO: ADEQUAR OS SISTEMAS DE AVALIAÇÃO DE MEIOS E DE ALCANCE DE RESULTADOS À REALIDADE DO HEC	
DESCRIÇÃO:	AÇÃO
1. INADEQUAÇÃO DOS INDICADORES PARÂMETROS PARA PESQUISA, ASSISTÊNCIA E ENSINO DIANTE DO PERFIL DO HEC	1. AVALIAR OS INDICADORES E PARÂMETROS UTILIZADOS NO HEC. 2. ESTABELECEER INDICADORES E PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DA PESQUISA, ASSISTÊNCIA E ENSINO REALIZADOS NO HEC.
2. NÃO UTILIZAÇÃO GERENCIAL DOS INDICADORES EXISTENTES (ANÁLISE E UTILIZAÇÃO INADEQUADA)	3. ANALISAR OS INDICADORES ADOTADOS 4. ELABORAR MATERIAL PARA DIVULGAÇÃO PERIÓDICA DOS RESULTADOS ATINGIDOS.
3. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	5. ESTRUTURAR SISTEMA PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS.
4. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO AO FUNCIONÁRIO	6. ESTRUTURAR SISTEMA PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS.
5. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE CUSTOS DO HEC	7. IMPLANTAR SISTEMA DE CUSTOS.(*).

QUADRO 7

PROBLEMA: INADEQUAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE RECURSOS HUMANOS	
CAUSA: INADEQUADO SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA	
OPERAÇÃO: ADEQUAR O SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA AO HEC	
DESCRIÇÃO:	AÇÃO
1. SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA ATUAL E ENFATICAMENTE VINCULADO AO SALÁRIO	1. CRIAR COMISSÃO PARA CONHECER E ANALIZAR O SISTEMA ATUAL DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA DO HEC/FIOCRUZ 2. AVALIAR JUNTO AS CHEFIAS O SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA EFICAZ PARA O SETOR/SERVIÇO(*)
2. SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA ATUAL DESVINCULADO DO DESEMPENHO	3. CONHECER OS ATUAIS CRITÉRIOS DE DESEMPENHO NO HEC/FIOCRUZ E CRIAR CRITÉRIOS PRÓPRIOS PARA O HEC(*)
3. SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA ATUAL EXCLUSIVAMENTE INDIVIDUAL	4. PADRONIZAR O SISTEMA DE MOTIVAÇÃO E RECOMPENSA NO HEC
	5. CONHECER SISTEMAS JÁ EXISTENTES EM OUTROS HOSPITAIS (*)

(*) Em andamento

QUADRO 8

PROBLEMA: INADEQUAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE RECURSOS HUMANOS	
CAUSA: NÃO APLICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PROGRAMADO	
OPERAÇÃO: APLICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO NO HEC	
DESCRIÇÃO:	AÇÃO
1. DESCOMPASSO ENTRE METAS E ORÇAMENTO	1. TORNAR AS METAS DO HEC ADAPTADAS COM ORÇAMENTO DISPONÍVEL
2. BASES DE PROGRAMAÇÃO DEPENDENTES DE MODELO EXTERNO	2. ADEQUAR OS MODELOS EXISTENTES A REALIDADE DO HEC
3. DESCONHECIMENTO DAS METAS DEFINIDAS	3. DIVULGAR E DISCUTIR O PLANO DE AÇÃO COM SERVIÇOS E SETORES
4. CENTRALIZAÇÃO NA DEFINIÇÃO DAS METAS	4. MOTIVAR O CD/HEC, CHEFIAS DE SERVIÇOS/SETORES E FUNCIONÁRIOS EM GERAL NO CUMPRIMENTO DAS METAS 5. DESCENTRALIZAR POR OBJETIVOS (FORTALECIMENTO DAS BASES A MÉDIO PRAZO)
5. DESCONEXÃO COM O SISTEMA DE AVALIAÇÃO	6. ADAPTAR O SISTEMA DE AVALIAÇÃO ÀS METAS ESTABELECIDAS NO PLANO DE AÇÃO 7. ESTABELECE CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO VINCULADOS A PROGRAMAÇÃO ATRAVÉS DA COORDENAÇÃO DE ENSINO, RH E CHEFIAS DE SERVIÇOS/SETORES

QUADRO 9

PROBLEMA: INADEQUAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE RECURSOS HUMANOS	
CAUSA: INADEQUADO PROGRAMA DE TREINAMENTO	
OPERAÇÃO: ORGANIZAR AS ATIVIDADES DE ENSINO E TREINAMENTO PARA SERVIDORES E CLIENTELA EXTERNA AO HEC	
DESCRIÇÃO:	AÇÃO
1. PROGRAMA DE TREINAMENTO SEM CRITÉRIOS E DEFRINIÇÃO PARA O HEC	1. CRIAR NÚCLEO RESPONSÁVEL PELA PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO E TREINAMENTO, COMPOSTO PELA COORDENAÇÃO DE ENSINO E SRH-HEC (*)
2. ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES PESSOAIS EM DETRIMENTO DAS NECESSIDADES INSTITUCIONAIS	2. ESTABELECEER PRIORIDADES DE TREINAMENTO DE SERVIDORES A PARTIR DE LEVANTAMENTOS DAS NECESSIDADES DE SERVIÇOS E SETORES 3. REVER PERIODICAMENTE A PROGRAMAÇÃO DE ENSINO E TREINAMENTO CONSIDERANDO A REALIDADE INSTITUCIONAL (*)
3. ESTAGIÁRIOS NÃO CUMPREM O PROGRAMA PRÉ-ESTABELECIDO DE FORMA ADEQUADA	4. ACOMPANHAR AS ATIVIDADES DE ENSINO PROGRAMADA ATRAVÉS DE CRONOGRAMAS E OUTROS INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO APLICADOS PELO SUPERVISOR DO ESTÁGIO 5. SISTEMATIZAR A PERIODICIDADE DOS ESTAGIÁRIOS DE APERFEIÇOAMENTO RENOVANDO A CLIENTELA, ATRAVÉS DA SELEÇÃO EM DATAS QUE ANTECEDAM O TÉRMINO DO ESTÁGIO
4. FUNCIONÁRIOS E ESTAGIÁRIOS NÃO SÃO AVALIADOS PELA CHEFIA APÓS A REALIZAÇÃO DO TREINAMNETO	6. SUBSTITUIR GRADATIVAMENTE ATRAVÉS DOS MECANISMOS LEGAIS OS BOLSISTAS ABSORVIDOS COMO MÃO-DE-OBRA
5. UTILIZAÇÃO DO PAP COMO MÃO DE OBRA	7. ESTABELECEER POLÍTICA DE ENSINO INCLUINDO PROGRAMA DE BOLSA EM CONSONÂNCIA COM AS NECESSIDADES DOS SERVIÇOS, SETORES E A DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA
	FORMALIZAR COM A EPSJV O NÚMERO DE BOLSAS A SEREM OFERECIDAS AOS ALUNOS RECÉM FORMADOS PELO HEC DETECTAR, OS FUNCIONÁRIOS IDENTIFICADOS COM ATIVIDADES DE ENSINO E PROMOVER SUA INSERÇÃO NO PROGRAMA

(*) Em andamento

QUADRO 10

PROBLEMA: INADEQUAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE RECURSOS HUMANOS	
CAUSA: DIFICULDADE NA UTILIZAÇÃO DOS MECANISMOS DE CESSÃO E REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	
OPERAÇÃO: UTILIZAR OS MECANISMOS DE REDISTRIBUIÇÃO E CESSÃO DE RH	
DESCRIÇÃO:	AÇÃO
1. INEXISTÊNCIA DE AÇÃO SISTEMÁTICA DE ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS DE RH POR PARTE DO HEC.	1. VIABILIZAR A UTILIZAÇÃO, ON LINE, NO HEC, DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DE PROCESSO. (*)
2. A FIOCRUZ PROCESSA COM MOROSIDADE AS REDISTRIBUIÇÕES E CESSÕES DE RH	2. PROCURAR TODAS AS INSTÂNCIAS HIERÁRQUICA DA FIOCRUZ PARA RESOLUÇÃO DAS PENDÊNCIAS DE ÂMBITO INSTITUCIONAL
3. OS CONVÊNIOS INTER-INSTITUCIONAIS NÃO CONTEMPLAM, MUITAS VEZES, AS NECESSIDADES DE RH (ASPLAN).	3. REFORMULAR E/OU FAZER CONVÊNIOS QUE CONTEMPLAM RECURSOS HUMANOS. (*)

(*) Em andamento

O processo a seguir e de que trata esse trabalho está relacionado a implantação da primeira fase do sistema de prestação e petição de contas.

As etapas, ações, atividades e produtos alcançados até que a primeira planilha de indicadores fosse apurada foram as seguintes:

- a) proposição, pelo subgrupo técnico constituído¹⁶, de uma planilha de indicadores e respectivas metas, prazos e responsáveis; esse processo significou uma discussão técnica sobre atividades a serem acompanhadas com utilização de indicadores (finalísticas, intermediárias técnicas, administrativas e gerais), a identificação de informações ou indicadores já existentes; inicialmente, foram propostos cerca de 40 (quarenta) indicadores, dos quais apenas três já existentes: tempo médio de permanência, taxa média de ocupação e índice de infecção hospitalar (este sem apuração já há alguns meses);
- b) foi realizada uma apuração retrospectiva desses indicadores, com o objetivo de avaliar o comportamento histórico dos respectivos indicadores, objetivando-se a proposição das metas a serem cumpridas quando do início da aplicação da planilha;
- c) a primeira proposição de planilha foi submetida ao Conselho Departamental, em conjunto com os demais resultados parciais alcançados pelo grupo de trabalho (incluindo operações já propostas, mas definidas em cronograma para datas posteriores); essa reunião do Conselho foi também a primeira em que se processou um debate sobre o sistema de direção em construção; dessa reunião resultaram poucas mudanças na planilha, definindo-se o conjunto de responsáveis (todos membros do Conselho) para cada indicador e ainda, os encaminhamentos para a discussão dos indicadores com todos os funcionários do Hospital, os quais foram agrupados segundo trabalhos afins a um ou vários indicadores específicos; de maneira geral, foi arbitrado pelo Conselho, que todas as metas a serem

¹⁶. Com a definição de operações e ações, o grupo de trabalho foi dividido em subgrupos responsáveis pelo detalhamento de cada operação/ação, que eram sempre apresentadas no grupo original para acertos necessários.

propostas deveriam representar algo em torno de 15 a 20% de melhoria em relação aos resultados anteriormente encontrados (por aplicação retrospectiva da planilha);

d) as oficinas com os diversos serviços foram realizadas constando sempre de três momentos: apresentação geral e sucinta dos trabalhos realizados até então, com as últimas deliberações do Conselho, apresentação de toda a planilha, com suas metas e responsáveis, debate da planilha com ênfase em indicadores, metas, prazos e responsáveis mais afetos àquele grupo; de maneira geral essas oficinas contaram com uma média de 80% de participação dos funcionários; foram poucos os indicadores ou metas a sofrerem reformulações a partir dessas oficinas; a grande maioria dos serviços aprovou as proposições do Conselho em uma ou duas reuniões;

e) após a realização de todas as oficinas, o Conselho Departamental fez nova reunião, considerou as novas proposições advindas das oficinas descentralizadas e aprovou a planilha, definindo o mês de início da sua apuração e assumindo que num primeiro mês ela seria apurada na forma de um teste.

A primeira planilha aplicada no HEC é apresentada no Quadro 11. A mesma nos meses seguintes sofreu pequenas alterações.¹⁷

Com o início da apuração dos indicadores, iniciava-se uma nova etapa dos trabalhos. Vale ressaltar que a apuração dos resultados não se processou uniformemente para todos os indicadores, havendo alguma liberalidade quanto ao tempo de apuração (a maioria deveria ser apurada diária ou no máximo semanalmente). Constatou-se alguma limitação para utilização gerencial dos mesmos.

¹⁷. Próximo do fechamento desse trabalho, diversos indicadores começaram a ser revistos, marcadamente aqueles relacionados à pesquisa, ao ensino e aos exames laboratoriais.

QUADRO 11
HOSPITAL EVANDRO CHAGAS - Planilha de Indicadores

25/11/94

ÁREA	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL
INTERNAÇÃO	1. Taxa de Ocupação	80%	
	2. Tempo de Permanência	11 dias	
	3. Tempo Médio Perm./AIDS	15 dias	
AMBULATÓRIO	4. Rendimento Ambulatorial	67%	
	5. % Atend.Não Agendados	10%	
	6. % Pronto Atend. Triagem	25%	
HOSPITAL-DIA	7. % Problema Prescrição	60%	
DOMICÍLIO	8. % Visitas Canceladas	50%	
ANATOMIA PATOLOGICA	9. Tempo Médio de Resultado (LTA)	15 dias	
	10. Tempo Médio de Resultado (Paciente Internado)	5 dias	
BACTERIOLOGIA (Cult. Comum)	11. % Normalidade (Urocultura)	70%	
	12. % Coleta Inadequada	0%	
MICOLOGIA (Sorológico)	13. % de Normalidade (Pb)	66%	
	14. Tempo Médio de Resultado (Pb)	10 dias	
IMUNOLOGIA (VDRL)	17. % Normalidade	60%	
	18. % Resultado Liberado 24h.	100%	
BIOQUÍMICA	19. % Normalidade (Transam.)	80%	
	20. % Resultado Liberado 24h.	100%	
HEMATOLOGIA	21. % Normalidade (Hemácia)	54%	
	22. % Resultado Liberado 24h.	100%	
URINÁLISE (EAS)	23. % Normalidade	72%	
	24. % Resultado Liberado 24h.	100%	
PARASITOLOGIA (Fezes)	25. % Normalidade	50%	
	26. % Exames Repet. (AIDS)	0%	
RADIOLOGIA	27. % Normalidade	50%	
	28. Tempo Médio de Resultado	24 h	

HOSPITAL EVANDRO CHAGAS - Planilha de Indicadores(Cont.)

25/11/94

ÁREA	INDICADOR	META	RESPONSÁVEL
FARMÁCIA	29. Demanda Reprimida (Padronizados)	0	
NUTRIÇÃO	30. % Pacientes Evoluídos/dia	30%	
SIAP	31. % AIH Encaminhadas	100%	
	32. Tempo Med. Consolid. Dados	5 dias	
MANUTENÇÃO	33. Tempo Médio Atendimento (HEC e FIOCRUZ)	15 dias	
COMPRAS	34. Tempo Médio de Pagamento	15 dias	
	35. Tempo Méd. Aquis. Consumo (Carta Convite)	3 dias	
	36. % Médio Ítems Atendidos	100%	
ROUPARIA	37. % Extravio de Roupas/	10%	
EPIDEMIOLOGIA	38. % Notificação de Doenças	100%	
INFECÇÃO HOSPITALAR	39. Taxa de Infecção Hosp.	5%	
	40. % Fichas Preenchidas	100%	
PESQUISA	41. Média de Publ. Indexadas/ Pesq./Ano	1,5 publ.	
	42. Pontuação Média/Ano	7 pts.	
ENSINO	43. Pontuação Média/ano	3,5 pts.	
COLETA/EXAME	44. % Problemas em Pedidos	0%	

A essa altura dos trabalhos, o Grupo Diretor já estava constituído e passou a funcionar também, enquanto uma secretaria técnica para apoio a apuração e tratamento gerencial dos resultados encontrados para cada indicador.

Esse processo significou a construção por cada responsável por indicadores, de *curvas de tendências*¹⁸ de seus resultados e ainda, de realização de problematizações com suas respectivas equipes de trabalho sobre os problemas que por ventura viessem impedindo o alcance das metas propostas. Alguns serviços, assessorados por membros do Núcleo Diretor, já utilizaram o *diagrama de causa e efeito*,¹⁹ para identificação e realização de ações corretivas, visando a superação de obstáculos ao alcance das metas.

II.3.2. O Sistema de Avaliação com Base em Resultados Pactuados

Como visto, as primeiras problematizações determinaram uma estratégia centrada no desenvolvimento de um sistema de avaliação da performance organizacional.

O processo de construção e implementação da planilha corresponde ao desenvolvimento de uma nova prática gerencial. De um modo geral, cada indicador definido é assumido como um objetivo a ser perseguido, em torno do qual foi formulado um compromisso coletivo e assumidas responsabilidades. A definição de cada indicador, com sua respectiva meta, implica, em geral, no compromisso com a superação de obstáculos (problemas) previamente definidos ao longo das problematizações. Assim, cada meta constitui-se num desafio, alcançável na medida em que obstáculos sejam superados. A superação dos obstáculos só é possível por definição de prioridades e ações gerenciais de cada

¹⁸ curva de tendência

¹⁹ O diagrama de causa e efeito também é conhecido como diagrama espinha de peixe por lembrar uma espinha ou ainda, diagrama de Ishikawa (Kaoru Ishikawa foi seu inventor); é utilizado para listar causas relacionadas a um problema a ser explicado; as causas são agrupadas segundo categorias - cada grupo de causas compõe um ramo da espinha; este diagrama também é utilizado em relação a um resultado proposto, de modo que nos ramos e sub-ramos sejam listadas condições ou fatores que concorram para o resultado; SCHOLTES, Peter R. op.cit. pp.2-26/27.

dirigente envolvidos com metas específicas. De maneira geral, cada indicador, com suas correspondentes metas, envolve ações de mais de um dirigente (chamasse de indicadores de interrelações entre serviços), o que demanda um acompanhamento com base num intenso processo de comunicação e ação entre dirigentes de serviços/setores afins. Assim, na medida que os indicadores expressem relações entre serviços, a planilha também valoriza uma das principais características das organizações complexas, a "*dependência recíproca*"²⁰ entre atividades desenvolvidas em distintas unidades organizacionais. Observa-se por esta característica dos indicadores definidos na planilha (necessidade de comunicações laterais), que de algum modo inicia-se, ainda que informalmente, uma alteração no sistema de comunicação do Hospital, relativizando-se a estrutura organizacional formal. Mais adiante, e em função da emergência das novas competências e responsabilidades, o próprio organograma será objeto de uma readequação.²¹ Suas futuras características deverão enfatizar uma importante descentralização, com intensificação das comunicações laterais e valorização de instâncias coordenadoras (tipo colegiados de gerência por unidade organizacional).

Na concepção de Matus, o sistema de petição e prestação de contas se traduz num processo de acompanhamento e cobrança do cumprimento de metas, acoplado a um "sistema de monitoramento por sinais".²²

²⁰. O conceito de interdependência recíproca é desenvolvido por THOMPSON, James D. *Organizations in Action*. New York. McGraw-Hill, 1967. pp.54-55 in: SCOTT, W.R. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1981. p.212.; para aquele autor, interdependência recíproca está presente quando em algum grau, o produto de uma parte organizacional se traduz em insumo para parte outra parte e em seguida, o seu produto retorna a condição de insumo à parte anterior; o autor define ainda dois outros tipos de dependência, a reunida e a sequencial.

²¹. A assessoria optou por não desencadear de início qualquer modificação na estrutura organizacional; nesse sentido, assume-se que a estrutura será decorrência das novas práticas que redundarão em novos canais de comunicação e novos agrupamentos de atividades; assim, no momento oportuno e de forma subordinada, será posto formalmente em discussão a reforma da estrutura.

²². MATUS, Carlos. *Sistema de Acompanhamento e Monitoramento*. Fundação Altadir, mimeo. Venezuela, 1993.; nessa publicação o autor desenvolve detalhadamente as bases para um adequado monitoramento da performance organizacional; o sistema de sinais corresponde a uma simbologia específica para o comportamento de cada indicador; No caso do HEC, o sistema não está inteiramente desenvolvido como o autor propõe, ainda que haja intenção em sofisticá-lo com adequada definição do sistema de sinais.

Entende-se em última instância que todo esse processo aberto no HEC, objetiva uma discussão em torno de valores, hábitos e práticas, que condicionam, segundo as metas assumidas coletivamente, uma dada possibilidade de performance organizacional. Nesses termos, a planilha expressa um sistema de responsabilidades e compromissos. Assim, trabalha-se com a perspectiva de transformação da cultura organizacional, historicamente baseada na baixa responsabilidade, na pouca cooperação interpessoal e inter-serviços e na ênfase nas comunicações formais e impessoais.

II.4. A Complexidade Organizacional: a missão e os objetivos, as relações ambientais e a tecnologia do trabalho do HEC

A análise da complexidade organizacional do HEC é realizada a partir de duas dimensões: de um lado, problematizando-se acerca de sua missão e seus objetivos; e do outro, identificando-se as especificidades próprias do trabalho desenvolvido. Para tais considerações, será especialmente valorizado o ambiente e a tecnologia⁽²³⁾, enquanto dimensões a condicionarem o Hospital e impactarem sua complexidade.

II.4.1. Problematizando a Missão Organizacional

A literatura sobre as organizações define os hospitais como aquelas que apresentam um dos maiores níveis de complexidade. Em geral, também identificam as universidades e particularmente, as organizações de pesquisa como típicas das mais complexas.

²³. Compreende-se a categoria tecnologia conforme explicitada por LEMOS, Sheyla. "O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza" Tese de Mestrado - EBAP/FGV, mimeo 1993; p.; a autora assume a conceituação de DAFT, Richard. *Organization Theory and Design*, Saint Paul, 4a ed, West Publishing Company, 1992.; para quem a tecnologia é compreendida como os instrumentos, as técnicas e as ações utilizadas para transformar insumos em produtos organizacionais; para o autor, tecnologia é o processo de produção da organização e inclui a maquinaria e os procedimentos do trabalho.

O HEC, *enquanto um Departamento de Pesquisa que se organiza na forma de um hospital*, apresenta com certeza, alto grau de complexidade organizacional, advinda da natureza de sua missão e por consequência, de suas atividades. Sem que se manifeste nenhuma conotação anti-ética, a assistência aos pacientes submete-se quase sempre às exigências das pesquisas. Isso é facilmente identificado a partir do perfil de morbidade de sua clientela, que se constitui conforme as linhas de pesquisa em andamento e também no volume de casos necessários às mesmas. Daí ser até hoje um hospital de porte diminuto e com uma força de trabalho relativamente desproporcional à sua produção assistencial (ver relações entre Quadros 1 e 3). Essa realidade levaria qualquer observador menos atento, a denunciar sua ineficiência, caso correlacione apenas sua produção assistencial com os recursos disponíveis.

É verdade que os hospitais universitários constituem organizações onde a pesquisa clínica se apresenta como importante, ao lado de suas funções assistenciais. No entanto, é facilmente identificável que, são as funções docentes que acabam por conviver e mesmo competir, com as primeiras. A pesquisa mantém o seu espaço, mas está, em geral, mais determinada pela assistência que se pratica. Há ainda a vinculação institucional de faculdades àqueles hospitais, como organizações distintas e onde acabam se manifestando em maior monta as funções de pesquisa. Em suma, a missão mais geral destes hospitais articula primordialmente, as funções de ensino e assistência, não eliminando-se o campo da pesquisa, nem tampouco, polemizando-se o nível de determinação/subordinação de uma função sobre as demais.

O HEC, diferentemente dos hospitais universitários, é no entanto, um Departamento de Pesquisa. É criado no interior do instituto de pesquisa em saúde pública mais importante do país e reconhecido internacionalmente como tal. Ao lado de tantos laboratórios de pesquisa existentes dentro do Instituto Oswaldo Cruz, o HEC é um *laboratório de pesquisa clínica*.

Portanto, é coerente que possa ser uma organização cuja missão mais essencial seria a pesquisa, embora esteja estruturada sob a forma de um hospital, o que expressaria, em contrapartida, uma função social de prestação de assistência à saúde. Essa dualidade de missão, ainda que submetida a tensões e riscos conflitivos, é a sua grande particularidade e seu maior desafio, pois em ambos os campos, o HEC necessita apresentar resultados, única maneira de continuar reforçando a própria missão e sua razão maior de existir.

É oportuno que se problematize um pouco mais acerca da missão e dos objetivos do HEC, para que melhor se compreenda a complexidade organizacional envolvida, assim como as características do trabalho neste Hospital. Este primeiro período da consultoria já foi suficiente para identificar-se que, de alguma maneira existe em torno do Hospital um conflito sobre sua missão. Parte de seus próprios membros e dirigentes, ao lado dos membros do instituto de pesquisa ao qual encontra-se vinculado, assumem a função de "pesquisa clínico-laboratorial em doenças transmissíveis(nem todas)", como sua missão mais importante. No entanto, essa missão não estaria adequadamente *negociada* no interior do próprio Hospital, assim como também junto a outras esferas sociais e governamentais. Esses outros grupos, de algum modo estão presos por diversas razões, à compreensão de que um hospital é antes de tudo, uma organização de prestação de assistência, aliás, como o são todos os outros hospitais existentes no país.²⁴

Será apenas na formalidade de sua missão, assumida como "*integradora da pesquisa, assistência e do ensino em doenças transmissíveis*",²⁵ que os conflitos não se manifestam. Não é difícil, no entanto, perceber o quão abrangente e vaga é esta última definição. Diversos autores alertam para este

²⁴. Durante recente processo de orçamentação de toda a Fiocruz, representantes da sua Presidência manifestaram preocupação frente aos pleitos do HEC, especialmente "por tratar-se de uma unidade assistencial tão pequena e com desproporção entre seus recursos e sua produção(assistencial)"; informações colhidas junto à Câmara Técnica de Assistência - órgão de assessoria da Presidência da Fiocruz, na qual o autor tem assento na condição de assessor.

²⁵. FIOCRUZ. Hospital Evandro Chagas, Projeto Institucional. op. cit.

fato, chamando atenção para a existência de distintos objetivos para uma mesma organização. De um lado, os objetivos formais e de outro, os operacionais. Os primeiros estariam relacionados ao que é oficialmente declarado. Os outros seriam o que a organização está efetivamente fazendo ou tentando fazer. Os objetivos reais ou operacionais, estarão associados a interesses e objetivos específicos de grupos particulares do interior da organização.²⁶ Os pesquisadores, no caso do HEC, constituiriam um grupo, que se expressa articuladamente por quanto busca maior operacionalidade para as funções de pesquisa, ainda que acumulem a condição de médicos, e dependam ou devem depender da assistência para suas pesquisas. A função médica parece ficar organizacional e profissionalmente subordinada. Ambas funções, não são incompatíveis é claro, mas também não deixam de provocar ambigüidades com grandes repercussões institucionais. Fato ocorrido no período de consultoria pode expressar a natureza de tais ambigüidades. Como o Hospital trabalha com protocolos de pesquisa, há também expectativa definida quanto ao número ideal de pacientes em acompanhamento (assistência) para um determinado projeto em andamento. Esse número também é condicionado por disponibilidades dos pesquisadores/médicos. Ocorreu que num dado momento, o Diretor do HEC recebeu críticas de seus superiores (não pesquisadores) pelo fato de haverem sido suspensas as inscrições de novos pacientes com AIDS. A racionalidade da assistência, por pressão da clientela (pacientes e dirigentes do Sistema de Saúde), se curva à racionalidade e às exigências de recursos (horas-profissionais) da pesquisa.

O plano de cargos da instituição e toda a formação de pós-graduação, lhes garante, portanto, a condição de pesquisadores, apesar de serem médicos por

²⁶. ver LEMOS, Sheyla M. L. op.cit. p.76; a autora trabalha com conceitos desenvolvidos por PERROW, Charles - Goals in Complex Organizations, American Sociological Review, vol. 26, n. 6, 1961.- que ajudam a compreender a dualidade de objetivos numa mesma organização, diferenciando-os entre objetivos formais e reais.

formação⁽²⁷⁾. A assistência médica estaria subordinada, enquanto objetivo operacional, ainda que esteja expresso formalmente em pé de igualdade.

Ao longo do período de assessoria aqui relatado, uma adequada formulação acerca da missão do HEC e de suas ambigüidades e conflitos, não foi ainda adequadamente enfrentada. Tal processo, em andamento, será certamente, decorrente e envolvido pela construção de uma coalizão dos interesses que gravitam *no e em torno* do Hospital, a começar pela construção de uma *coalizão interna*, que aglutine poder suficiente em torno de um projeto viável, considerando igualmente, as necessidades de negociação externa.²⁸ Esse processo forçosa e naturalmente, significa uma (re)definição de sua missão organizacional, onde os objetivos contemplados harmonizem as funções de pesquisa, de ensino e de assistência, segundo os diversos interesses envolvidos.

Essa discussão preliminar, ainda que necessite de um maior aprofundamento, é importante para a adequada delimitação da natureza do trabalho institucional. Assim, será considerada a natureza do trabalho no HEC como decorrente de uma missão que envolve tanto pesquisa, quanto ensino e assistência em determinadas doenças transmissíveis. Será visto adiante que, no entanto, esta missão formalmente definida, não se expressa por inteiro no trabalho organizacional. Por ora, fica-se com o discurso formal, contido na fala de seus dirigentes e em documentos institucionais, reconhecendo-se de imediato, uma dada fragilidade nessa proposição tão abrangente. A sua problematização será tratada adiante, expressando o que também ocorre no interior do HEC.

²⁷. Ainda que vários médicos de formação assumissem a carreira de pesquisador, enquanto funcionários da Fiocruz, outros mantinham-se na carreira médica (em geral, profissionais ainda não mestres ou doutores, ou mesmo recém ingressados); com o novo Plano de Cargos, aprovado em 1993, todos os médicos do HEC passaram à condição de pesquisadores; a carreira médica acabou.

²⁸. Trabalha-se com o conceito de coalizão conforme referido na dissertação de mestrado de Sheyla Lemos, op. cit.; a autora, ao considerar o processo de formulação e implementação de objetivos organizacionais, o faz segundo diversas perspectivas, entre elas, a "perspectiva política"; nessa abordagem, o conceito de coalizão é central e compreende que "objetivos organizacionais são consequência de interesses diversos que a cada momento estão se coligando para efeito de serem efetivamente implementados"; as coalizões representariam articulações entre interesses internos e externos a uma organização, que num dado momento pactuam um consenso mínimo sobre objetivos a serem assumidos coletiva e organizacionalmente.

Isso posto, a análise da natureza do trabalho do HEC será considerada a partir dessa (in)definição, momentânea espera-se, da sua missão organizacional.

II.4.2. O Hospital Evandro Chagas enquanto Organização Particular

No campo da gestão, teoria e prática, já é bastante difundida a noção de que os hospitais encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo, como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, no intento do alcance de produtos e resultados globais em níveis de eficiência e eficácia.

Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais aplicáveis às organizações hospitalares, forçosamente exige uma compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade. Assim, antes de considerar-se as particularidades do HEC, são desenvolvidas compreensões à luz de algumas concepções organizacionais presentes na literatura.

As formulações sobre as organizações, que compõem o campo da Teoria das Organizações, ou como prefere Motta (1990), *das teorias organizacionais*,²⁹ constituem campo bastante vasto, embora num período histórico relativamente curto. No entanto, a evolução dos conhecimentos não têm necessariamente, provocado descarte de contribuições anteriores. O que se percebe é mais um processo cumulativo onde novas ênfases e abordagens tratam de subordinar lógicas formuladas anteriormente. Pode-se dizer que esse processo traduz mesmo os limites para se produzir "*teorias*" que expressem toda a complexidade que cercam as organizações. Dussault (1992) em poucas palavras identifica as principais abordagens que historicamente se apresentaram.

²⁹. MOTTA, Fernando C. Prestes., Teorias da Administração: alcance, limites, perspectivas. mimeo., ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, out. 1990, RJ.

"A visão delas (teorias das organizações) passou de entidades programáveis, funcionando como máquinas, a sistemas complexos.... Gradualmente, a visão racionalista e positivista ("one best way") foi trocada por outra que aceitava a existência da interdeterminação (contingência) e, mais recentemente, segundo uma nova corrente da literatura (Lincoln 1985, Weick 1989) com uma visão naturalística, que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico, holográfico..."³⁰

Há ainda outras formas de explicar as organizações. O uso de metáforas é uma delas, sendo Morgan (1991) um autor de referência nessa forma de teorizar as organizações. São conhecidas as suas metáforas³¹, que possibilitam explicar o funcionamento das organizações e que "ilustra eloquentemente a dificuldade da teorização de uma realidade tão complexa".³²

A opção neste trabalho, para explicação das organizações hospitalares está amparada na lógica construída por Mintzberg (1989), que

"as considera em termos de configurações, isto é, de sistemas típicos de relações entre atributos básicos, cada uma (configuração) tendo características, modo de funcionamento e problemas específicos".³³

Para a diferenciação organizacional, Mintzberg (1989) trabalha com algumas combinações de variáveis. Um primeiro grupo de variáveis, é construído a partir da identificação de partes componentes de qualquer organização, sendo elas: *o centro operacional*, onde se localizam os operadores que produzem os bens ou serviços típicos da organização; *o centro de decisão*, onde estão os dirigentes; *o nível intermediário* (midde line), composto por gerentes e

³⁰. DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências, Rev. Adm. Publ., RJ, n.2, vol.26, FGV, 1992. pp.9-10

³¹. Esse autor concebe oito metáforas, cada uma delas traduzindo uma ênfase a ser valorizada na forma de compreender as organizações e assim, caracterizá-las e diferenciá-las; são elas: a máquina, o organismo, o cérebro, a cultura, o sistema político, o presidio psíquico, fluxos e transformações e um instrumento de dominação; MORGAN, Gareth. Images of Organizations, USA, 3a ed, Sage Publications, Inc., 1991.

³². DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.10

³³. Idem. Ibidem. p.10

supervisores; *a tecnoestrutura*, onde se localizam os especialistas, técnicos ou analistas que planejam o trabalho dos operadores e; *o pessoal de apoio*.³⁴

O outro conjunto de variáveis consideradas, diz respeito aos mecanismos de coordenação do trabalho, que podem ser: de ajuste mútuo, supervisão direta e ainda de padronização de qualificações, de processos, de produtos e de normas de comportamento.³⁵

Um terceiro conjunto de variáveis são designados por Mintzberg de parâmetros básicos, que compreendem: o grau de especialização das funções, de formalização dos comportamentos, o tipo de treinamento necessário, de agrupamento das unidades (tipo de departamentalização), dos mecanismos de ligação entre as unidades, do sistema de planejamento e de controle e finalmente, do grau de centralização das decisões.³⁶

Por último, enquanto variáveis a se combinarem para a conformação das configurações, há os fatores contingentes ou situacionais, onde se enquadram a idade da organização, seu tamanho, o sistema técnico de produção, a complexidade tecnológica (essencialmente equipamentos), o nível de estabilidade do ambiente e a organização do poder (nível de autonomia em relação a controle externo).³⁷

São sete as configurações concebidas por Mintzberg, que expressam sete *combinações típicas* entre o conjunto de variáveis apresentadas.

Neste caso, importa a configuração profissional que em função deste estudo será especialmente desenvolvida. No entanto, está ressalvado a própria compreensão do autor, de que numa mesma organização, convivem todas as configurações, sendo uma delas a que mais se sobressai.³⁸

³⁴. MINTZBERG, Henry. Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations. The Free Press, New York, 1989. pp.98-100.

³⁵. MINTZBERG, Henry. op.cit. p.101.

³⁶. Idem.Ibidem. p.103-105.

³⁷. Idem.Ibidem. p.106-109.

³⁸. Essa noção é interessante e significa compreender cada configuração enquanto uma *força* que age junto com as demais (forças) numa tensão dialética, onde cada uma possui pesos específicos e sendo uma delas mais *potente*, com isso, determinando um tipo organizacional particular.

O conceito de *organizações profissionais*, é assumida neste trabalho, como categoria de referência para a caracterização dos hospitais e dos institutos de pesquisa. Assim, é compreendido que o HEC é uma organização particular que se coloca num espaço de interseção entre esses dois tipos de organizações, os hospitais e os institutos de pesquisa.

Nas organizações profissionais, a variável mais expressiva está no fato de que o trabalho finalístico, próprio de seu *centro operacional*, exigir qualificações de nível elevado e que são pouco passíveis de formalização e normatização. O centro operacional tende a ser a parte mais desenvolvida e forte da organização. O mecanismo de coordenação do trabalho que prevalece está baseado na padronização das qualificações. Esse saber e as habilidades desenvolvidas são alcançadas em todo o processo de formação profissional, exterior e quase sempre antecedente à condição de vínculo numa dada organização.³⁹

Essa condição, onde o profissional é portador de habilidades construídas independentemente da organização e que também são legitimadas *por fora*, ao nível de órgãos classistas e científicos de base corporativa, tem por consequência uma fraca vinculação entre profissional e organização, onde o primeiro depende da segunda apenas para prover os meios necessários à sua prática, sendo esta bastante determinada por si mesmo. Significa dizer que o poder de decisão sobre o seu trabalho é bastante pessoal e, onde a capacidade de controle da organização sobre este trabalho fica portanto, limitado. Mintzberg (1989) assinala que esses profissionais tendem a possuir maior compromisso com sua tarefa e com sua profissão (expressos por seus órgãos de classe), versus o compromisso com o todo organizacional.

Os profissionais operam com base na perícia, também fonte de poder, enfatizando a autoridade dos especialistas.⁴⁰ Há, especialmente para o médico e pesquisador, uma importante autonomia em relação às suas decisões técnico-

³⁹. MINTZBERG, Henry, op.cit.p.174-176.

⁴⁰. LEMOS, Sheyla. op.cit.p.120.

profissionais, com um conseqüente desafio: como coordenar a existência de trabalhos com significativa autonomia, a ser mesmo assegurada em algum nível, articulando-os racionalmente em torno de uma missão e objetivos pactuados para a organização como um todo?

Nas organizações profissionais, o papel da tecnoestrutura, do nível intermediário e mesmo de seu centro de decisão, é limitado, tomando como referência o grau de condicionamento sobre o trabalho dos operadores, no caso de um hospital, seus médicos e no caso de uma universidade, seus professores e/ou pesquisadores.

Segundo Dussault (1992), os profissionais vão tentar controlar a organização para manter e até mesmo reforçar o seu poder sobre as decisões que influenciam o seu trabalho. Nesse caso, os profissionais buscam ocupar espaços em outros setores organizacionais, seja no centro de decisão (os médicos e pesquisadores passam a ser dirigentes também), ao nível da tecnoestrutura (interferindo nas condições de trabalho - tecnologia, procedimentos gerais como mecanismos de distribuição de recursos, de salários, de outros prêmios, etc.) e mesmo nas atividades logísticas.⁴¹

Dussault (1992) faz uma outra observação de suma importância para que se compreenda o contexto e as exigências de aperfeiçoamento da gestão em organizações de tipo profissionais. Diz esse autor:

*"Autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos (de profissionais) com interesses divergentes, o que explica a dificuldade de se fazer mudanças na organização inteira. Paradoxalmente, mudanças acontecem facilmente, ao nível das unidades, justamente por causa da autonomia dos operadores."*⁴²

Essa observação é necessariamente considerada em cotejamento com as compreensões de Matus sobre descentralização. Esse *paradoxo*, pode ser trabalhado como *problema tipo oportunidade* para o caso do HEC e de

⁴¹. DUSSAULT, Gilles. op.cit. p. 11

⁴². Idem. Ibidem. p. 11

organizações profissionais que optem por modelos gerenciais como o preconizado neste trabalho.

É inegável que sejam organizações de poder compartilhado. Mesmo entre os profissionais, como assinala Lemos(1994), há uma tendência para o isolamento entre si, de grupos e mesmo subgrupos, com o surgimento de objetivos diferentes, *"onde grupos de especialistas médicos, tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente a partir da perspectiva da sub-especialidade em questão."*⁴³

Não é difícil perceber que tal processo gere repercussões negativas sobre o todo organizacional, onde objetivos pulverizados e desconexos comprometam os resultados finais da organização.

A natureza do trabalho médico possui ainda uma outra importante característica, qual seja a de ser consumido no próprio processo de produção e onde cada processo apresenta singularidades condicionadas pelo cliente. São processos não padronizáveis, com muito pouca tolerância ao erro e bastante determinados pelo poder/saber profissional, que condiciona enormemente a sua decisão a cada tarefa enfrentada. Veremos adiante como é relativamente baixo o grau de certeza em relação ao desempenho dessas tarefas, expresso pela baixa disponibilidade de informações para o processo decisório afim.

Já a pesquisa clínica apresenta outras características que acabam por confirmar as limitações para que se alcance uma adequada coordenação e controle organizacional. Por distinguir-se sobremaneira das lógicas de pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, a pesquisa biomédica (laboratorial ou clínica), é quase sempre condicionada por interesses e potencialidades dos próprios pesquisadores e ainda, pelas linhas de apoio das instituições externas de fomento que, em tese, mediatizam os interesses advindos das necessidades de saúde da população. Igualmente, o trabalho de pesquisa, constitui-se num processo de trabalho basicamente solitário, errático (não padronizável) e no caso

⁴³. LEMOS, Sheyla. op.cit.p.121.

do HEC, por tratar-se de pesquisa clínica, com pouca subordinação a racionalidades instrumentais presentes na área de assistência. Aqui, pode ser identificada uma área de tensão entre uma adequada racionalidade de pesquisa e a necessária a assistência. Exemplifica-se essa dualidade ao analisar-se um protocolo de determinada linha de pesquisa que enumera específicos exames laboratoriais, a princípio não determinados pelas condições clínicas do paciente. Perde-se a racionalidade instrumental⁴⁴ vinculada a assistência (acarretando baixa eficiência por excesso de exames solicitados), em nome da racionalidade da pesquisa.

A dualidade de racionalidades se faz especialmente presente entre a pesquisa e a assistência. Para o caso, a racionalidade presente na função ensino não se sobressai, seja pela pouca expressão institucional que possui, mas também por sua subordinação e alinhamento com as atividades de pesquisa. Explica-se. No HEC, não existem cursos de formação devidamente organizados. As atividades de ensino restringem-se praticamente, aos acompanhamentos tutoriais para pesquisadores que realizam pós-graduação em outras instituições e que têm o HEC apenas como locus para coleta de dados clínico-laboratoriais.

II.4.3. Condicionamentos Ambientais.

Os condicionamentos ambientais poderiam ser analisados a partir de inúmeras variáveis, mais ou menos agregadas. A opção assumida trata de discutir essa questão a partir de dois grandes conjuntos que em si agregam e contêm

⁴⁴. "Atos ou elementos são funcionalmente racionais quando, articulados ou relacionados com outros atos ou elementos, contribuem para que se logre atingir um objetivo predeterminado. É pois, em função do objetivo preestabelecido que se afere esse tipo de racionalidade".; Guerreiro Ramos utiliza-se de conceitos originais de Max Weber (Economia e Sociedade, 1922), "melhor qualificados e ajustados à nossa época por Karl Mannheim (Libertad Y Planificación Social, 1942) para definir acima o que seja racionalidade funcional, ou instrumental; o mesmo autor, adiante define a racionalidade substancial ou substantiva, "como um ato que atesta a transcendência do ser humano, sua qualidade de criatura dotada de razão. Aqui, a razão, que preside o ato, não é sua integração positiva numa série sistemática de outros atos, mas o seu teor mesmo de acurácia intelectual. Esse é um ato de domínio de impulsos, sentimentos, emoções, preconceitos, e de outros fatores que perturbam a visão e o entendimento inteligente da realidade."; in: GUERREIRO RAMOS, Alberto. Administração e Contexto Brasileiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, RJ, 1983. p.38-39.

inúmeras variáveis, o quadro epidemiológico e a dinâmica da administração pública.

II.4.3.1.. A Evolução do Quadro Epidemiológico e o HEC

Para análise do ambiente a condicionar o funcionamento do Hospital, a variável mais significativa a ser considerada é o próprio quadro epidemiológico. Aqui, assume-se que a epidemiologia expressa uma dinâmica sócio-sanitária que explica e define determinado quadro de mortalidade e de morbidade na população. Ainda que em permanente transformação, este quadro, no entanto, salvo episódios isolados de epidemias, não se altera em grande velocidade. De maneira geral, podemos afirmar que há relativa estabilidade e pouca turbulência a provocar repercussões abruptas na tarefa do Hospital.

Especificamente em relação ao HEC, é imperiosa, no entanto, uma análise particular. O processo de modificação deste quadro, ocorrido a partir dos últimos dez anos, com o surgimento e expansão da AIDS, ainda está por produzir impactos mais definitivos sobre os objetivos, a organização do trabalho e naturalmente sobre os resultados alcançados pelo HEC. Apesar da AIDS vir ocupando significativo espaço institucional, enquanto objeto de trabalho, tal processo não se desenvolve sem que se exacerbem conflitos e incertezas. O "*programa de vírus*",⁴⁵ responsável pelas atividades institucionais sobre AIDS, é o maior consumidor de recursos do HEC, quando analisadas as atividades assistenciais. No entanto, ainda responde por pequena parcela da produção científica. É natural que qualquer instituição para estabelecer-se cientificamente, necessita de prazos para maturação de suas linhas de pesquisa. Mas esse processo não se dá sem que haja riscos e mesmo ônus, enquanto não se consuma uma nova realidade. Assim, apesar da relativa estabilidade do ambiente externo, no que diz respeito a mudanças epidemiológicas, há tensão e instabilidade

⁴⁵. O HEC está organizado a partir de programas de pesquisa que se ocupam de doenças afins; atualmente estão em desenvolvimento os seguintes programas: leishmaniose, Doença de Chagas, dengue, paracoccidiose-micose, esquistossomose, uveítes, HTLV-I e HIV.

interna, em função da relativa morosidade e mesmo indefinição com que o HEC vem adaptando-se a este novo contexto. O "*programa de vírus*" que se ocupa da AIDS necessita expressar-se mais institucionalmente, tanto enquanto materialização formal de objetivos, mas sobretudo, quanto ao alcance de resultados científicos e assistenciais.

II.4.3.2. O HEC e os Condicionamentos da Administração Pública

O Hospital Evandro Chagas assim como todas organizações vinculadas a administração pública, também se diferencia das demais pelo fato de ser pública. É natural no entanto, que em cada organização pública, essa condição e suas conseqüências, se expressem diferentemente. Por isso, é oportuno identificar algumas características típicas das organizações públicas e mais precisamente do HEC enquanto tal. Mas também é preciso compreender tais características no quadro mais geral da própria administração pública, procurando ainda compreender os imediatos e potenciais condicionamentos às suas organizações.

Motta (1989) utiliza os termos "*repleto de incongruências e ambigüidades*" quando se reporta a algumas características da administração pública.⁴⁶ As *incongruências* não são de difícil identificação e para tal, algumas categorias de análise podem ser utilizadas, tais como: centralização x autonomia, interesses privatistas ou corporativos x responsabilidade pública, deveres e obrigações da administração x escassez de recursos, racionalidade burocrática x ênfase nos resultados, ou ainda, complementariedade x divergência de objetivos.

Há ainda uma outra condição que afeta particularmente as organizações públicas de saúde, a ser também trabalhada enquanto realidade do HEC e, que diz respeito ao fato destas comporem o Sistema Único de Saúde (SUS).⁴⁷ Essa condição adicional, traz conseqüências importantes, entre elas a própria

⁴⁶ MOTTA, Paulo R. Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise. Síntese da palestra realizada na FUNDAP, S.Paulo, mimeo., 1989. p.25.

⁴⁷ O Sistema Único de Saúde está definido constitucionalmente, através do artigo 198 da Constituição de 5/10/88 e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90

tendência a uniformidade de regras extensivas a todas as organizações de saúde, desconsiderando muitas vezes, as suas especificidades. No caso do SUS as regras uniformizadas de financiamento são um exemplo, assim como todas as demais regulamentações universais específicas do setor público de saúde.

Dussault (1992) concorda que as organizações públicas são mais dependentes do ambiente socio-político do que as demais e afirma que "*seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização*".⁴⁸

Neste caso, uma das dimensões da regulação está determinada pelos sistemas de controles, enfaticamente sobre os meios e os processos. Esses controles, externos e centralizados, são em geral extensivos, não importando a diversidade organizacional e as características de cada processo de trabalho. Dussault (1992) define essa regulação externa indiferenciada de "*contaminação burocrática*".⁴⁹

Do lado das organizações, o melhor seria que não houvesse controles. Não se considera de maneira geral, a substituição das lógicas dos controles sobre os meios para controles sobre os fins. A dimensão corporativa, de auto-defesa, refratária à prestação de quaisquer contas, prevalece, configurando o que Campos (1990) denomina de "*imunidade a controles externos*".⁵⁰ A administração pública e suas regras, tendem a reagir com aumento dos controles, sobre os meios é claro. Configura-se uma tendência ao exagero de normas e ao seu "*formalismo*",⁵¹ uma vez ser comum, como diz Campos (1990), "*o desrespeito ao seu cumprimento*", chegando mesmo ser popular a noção de que tal lei ou norma pode *pegar ou não pegar*, mesmo porque algumas "*não são destinadas a serem obedecidas*".⁵²

⁴⁸. DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Rev. Adm. Pub., Rio de Janeiro, 26(2), 1992. p.13.

⁴⁹. DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.13.

⁵⁰. CAMPOS, Ana Maria. Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português? Rev. Adm. Publ. Rio de Janeiro, 24(2)30-50, 1990. p.42.

⁵¹. ver dicionário de ciências sociais

⁵². CAMPOS, Ana Maria. op.cit.p.42.

A racionalidade burocrática, que expressa o pretenso valor do cumprimento de normas de processo, prevalece sobre a racionalidade sobre os resultados. Aqui é possível fazer-se uma digressão sobre o que significa uma lógica burocrática aplicada a organizações do tipo profissional, como é o caso de hospitais. Como visto anteriormente, com os aportes de Mintzberg (1989) e Dussault (1992), a burocracia centralizadora seria característica dominante de organizações mecanísticas, onde o mecanismo de coordenação principal é a padronização do processo de produção. Quando o principal mecanismo de coordenação do trabalho é a padronização de qualificações, a lógica burocrática acaba por não surtir efeito, servindo mesmo para gerar disfunções organizacionais.

A administração pública, apesar de conter organizações diversas, com vários tipos de trabalho e portanto, necessitando de diferentes mecanismos de coordenação e controle, ainda é uma grande burocracia. Castor e França (1986), afirmam que a

*"administração pública brasileira tem sido fortemente fascinada pela uniformidade.... Apesar dos baixos níveis de eficiência e adequação desses sistemas(nacionais)..."*⁵³

A centralização da administração pública é uma condição associada à sua lógica burocrática e também impacta fortemente a *performance* das suas organizações. A limitada autonomia local é a sua contrapartida. Como já referido acima, a centralização expressa-se quase exclusivamente sobre os meios.

Assim, a centralização é sem dúvida um grande obstáculo à melhor *performance* organizacional. A baixa *governabilidade*, praticamente sinônimo de baixa autonomia, condiciona negativamente as regras de *direcionalidade e responsabilidade*, ainda que a primeira apresente-se como regra mais condicionada.⁵⁴

⁵³. CASTOR, B.O. e FRANÇA, C. Administração Pública no Brasil - exaustão e revigoramento do modelo. Rev. Adm. Publ. Rio de Janeiro, 20(3):3-26, 1986. p.6.

⁵⁴. Conceitos utilizados por MATUS e desenvolvidos no Capítulo II.

A definição de objetivos, outra categoria a ser considerada nas organizações públicas, também está forçosamente referida a fortes condicionamentos do sistema maior. Os objetivos seriam de competência local, nos limites que os meios possibilitam e obedecidas diretrizes centrais. No entanto, centralmente, associada à ênfase de controles nos meios e processos, as diretrizes enquanto expressão de políticas, se traduzem em uma indefinição generalizada de objetivos. Segundo Lemos (1994), apoiada em Motta (1985), há dificuldades dos dirigentes para assumir objetivos claramente especificados nos níveis centrais, assim, *se não se sabe claramente o que se deve fazer, e se também, não se tem poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória*".⁵⁵

Essa condição de pouca clareza na definição externa de objetivos não elimina para as organizações públicas, o que salienta Thompson (1976), de que além dos objetivos próprios, desenvolvidos no seu interior, haverá os objetivos "para" a organização, propostos a partir de fora.⁵⁶ Os objetivos "para" a organização, são determinantes para o seu próprio surgimento. Esses objetivos de fora, que são mesmo antecedentes a ela própria, podem vir a conflitar com novos objetivos que se desenvolvam no seu interior, ou ao contrário, quando os objetivos de fora se modificam.

Para uma organização que compõe um sistema (de saúde), essa (des)harmonia de objetivos é ainda mais importante. O princípio de complementariedade (de objetivos), expressa o quanto os objetivos de uma dada organização só se justificam quando articulados àqueles das demais organizações do sistema ou pelo menos das organizações com que mantém maiores interações. Aqui reside um grande desafio das organizações públicas de saúde, não sendo diferente para o HEC. Nesse caso, a atual indefinição quanto à sua missão e objetivos, como já referido neste mesmo capítulo, está bastante condicionada por

⁵⁵. LEMOS, Sheyla M. op.cit. p.130.

⁵⁶. THOMPSON, J.D.. Dinâmica Organizacional. São Paulo, Ed. McGraw Hill do Brasil, 1976. in: LEMOS, op.cit.p.126

objetivos oriundos na Presidência da Fiocruz e provavelmente em níveis governamentais superiores e dirigentes do SUS. Essa divergência seria marcadamente determinada por uma certa confusão no ambiente externo, sobre o que seja *"um departamento de pesquisa que se organiza sob a forma de um hospital"*.

Uma outra dimensão a ser analisada e característica da administração pública, está relacionada com o caráter compulsório de atendimento a clientela, onde as necessidades sociais emergem como direitos, sem correspondência adequada de recursos para satisfação das pressões de consumo. Dussault (1992) diz que *"as organizações públicas tem o dever de prestar atendimento, que não existe no setor privado"*. Continua o autor: *"o que significa em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir"*.⁵⁷ É interessante perceber como tal *"princípio"* não é universalmente aplicado às organizações públicas, a maioria delas por descompromisso público, descaso com a clientela ou mesmo por tudo isso somado à busca por mais recursos. Explica-se: o atual mecanismo de financiamento das atividades hospitalares públicas, prestadas em serviços estatais ou privados contratados, é remunerada por uma tabela de preços mais vantajosa para alguns procedimentos e extremamente desvantajosa para outros. Tem-se percebido preferência por atendimentos de casos melhor remunerados. Mas esse não é o caso do HEC. No entanto, no próprio HEC, a seleção de clientela em função dos protocolos de pesquisa estabelece barreiras ao acesso de pacientes. Nesse caso, parece haver uma *defesa natural* (amparada nos protocolos de pesquisa que justificam o tipo preferencial de paciente a ser atendido) a uma exigência que tanto vem desestabilizando as demais organizações públicas de saúde, qual seja a de atender indistintamente, não importando suas capacidades e recursos.

⁵⁷. DUSSAULT. Gilles. op.cit. p.13.

Mas se essa condição acima descrita é verdadeira, também o é a de que as organizações públicas não são regidas por leis de mercado, delas não se cobrando eficiência e nem sendo punidas por seus escassos resultados, tanto quantitativos, quanto qualitativos. Uma organização pública raramente fecha e praticamente nunca vai à falência, mesmo com grandes desequilíbrios, inclusive financeiros. A sua sobrevivência está assegurada na sua própria origem!

O HEC certamente não resistiria a qualquer aferição de eficiência com bases em regras de sobrevivência no mercado privado. Se esta prova não vem ao caso, ao menos no momento, dela também não se pode fugir eternamente.

Ainda enquanto características gerais da administração pública e parte de sua incongruências, há o tema da *"publicização do público"*.⁵⁸ Aqui o contraponto é uma histórica prática nos governos latino-americanos, onde segundo Motta (1987), *"o objetivo maior dos clãs e grupos políticos é alcançar o poder para manejar recursos públicos com o fim de atender interesses particulares"*.⁵⁹ De forma associada, seguem-se as práticas paternalistas e assistencialistas, quando não clientelistas.⁶⁰

Os serviços públicos ainda hoje são ocupados por interesses privados, sendo seus cargos de direção disputados segundo a possibilidade de acesso a dividendos político-clientelistas e mesmo econômicos. De maneira geral, os organismos científicos, entre eles a Fiocruz e o HEC não são objeto desse tipo de prática, certamente por estarem inseridos em comunidades mais esclarecidas. Mas também por terem algumas estruturas mais estáveis. A condição de unidade

⁵⁸. Esse termo é utilizado por MENDES, Eugênio V.. O Processo social de Distritalização da Saúde in: MENDES, Eugênio V.(org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993. p.103.; em seu artigo o autor se refere à necessidade de conferir um caráter público aos serviços contratados pelo SUS às organizações privadas.

⁵⁹. MOTTA, P.R. Modernização Administrativa: propostas alternativas para o estado latino-americano. Rev.Adm.Publ., rio de Janeiro, 21(4):31-61,1987. p.33.

⁶⁰. "Política assistencialista significa concessão de benefícios e serviços como forma de preservação de valores e crenças vigentes. Benefícios são concedidos e transformados em produtos de bondade do líder.... O paternalismo (e assistencialismo) inibe assim, o desenvolvimento de valores da cidadania" in: MOTTA, P.R.(1987).op.cit.p 33; clientelismo, quase sempre presente nessas práticas, significa que em troca dos produtos e serviços, uma dada população "paga" com lealdade e quase sempre, votos.

científica da sua instituição mantenedora, a Fiocruz, senão preserva o Hospital desta e de outras intempéries próprias das organizações públicas, ao menos as minimiza. Para isto, é importante a estabilidade de seus quadros.⁶¹ Seus dirigentes fazem parte da carreira de pesquisadores, mas possuem mandatos, senão inalienáveis, ao menos, bastante estáveis, assim como o são por consequência, os projetos mais gerais das diversas unidades científicas da instituição.⁶²

A despeito de muitas características da administração pública impactarem o HEC e mesmo o diferenciando enquanto organização pública, na realidade alguns elementos dessa condição mais se sobressaem.

Para o HEC, os principais condicionantes estão associados à sua dependência de diversos processos que são realizados pelo menos em parte fora da organização. Exemplos nesse sentido, são facilmente identificados, especialmente na gestão dos recursos materiais, físicos, humanos e financeiros. Há uma baixa autonomia de gestão, o que gera processos decisórios lentos e bastante tutelados em esferas superiores. Como se não bastassem as limitações mais estruturais da lógica centralizadora da administração pública brasileira, somam-se variáveis conjunturais, como a não aprovação da Lei Orçamentária de 1994, apesar da proximidade do fim do ano de sua própria execução!⁶³

Há ainda as instabilidades e incongruências de diversos outros setores governamentais com os quais relaciona-se o Hospital. Podem ser citadas tanto as agências voltadas para financiamento de pesquisas, quanto organizações próprias

⁶¹. Neste caso o termo não tem o sentido jurídico-constitucional de direito dos funcionários públicos.

⁶². A Fiocruz possui uma condição politicamente conquistada frente às instâncias governamentais superiores que redunde em importante garantia dos mandatos aos dirigentes das suas diversas unidades; estes são escolhidos pelo Presidente da instituição - nomeado pela Presidência da República, ouvido o Ministro da Saúde, que faz a indicação a partir de uma lista de candidatos eleitos pelos funcionários, segundo critérios específicos - a partir de listas eleitas pelos membros de cada unidade científica.

⁶³. Por ser unidade da administração pública federal, a Fiocruz e por consequência o HEC, possuem orçamentos que dependem de serem oficializados através de lei federal; a Lei Orçamentária de cada ano deve ser votada e sancionada pela Presidência da República no ano anterior ao da sua execução; no caso dessa lei não ser sancionada, qualquer organização pública cujos recursos estejam nela previstos, fica sem orçamento, passando a valer o orçamento do ano anterior, liberado na forma de duodécimos por mês.

do setor saúde, como outros hospitais com os quais o HEC mantém ou deveria manter, relações de referência e contra-referência.⁶⁴ São condições já salientadas e que contribuem para gerar indefinições quanto às decisões e projetos de médio e longo prazo, como chama atenção Motta (1991), ao analisar as implicações de uma gestão submetida à lógica da administração pública.⁶⁵

Decorrente da condição de organização pública de saúde, o HEC está ainda condicionado por outros fatores, agora já no plano das tendências. Sobre isso, devem ser observadas algumas alterações ocorridas nos últimos anos, que não têm sido adequadamente consideradas pelo Hospital. Não são desconhecidas as exigências de maior racionalidade quanto à utilização de recursos públicos. Igualmente, há uma série de medidas que enfatizam incrementos de produção nessas organizações. Para os hospitais públicos, e o HEC não foi exceção, a introdução de novos mecanismos de financiamento e de custeio - Sistema de Autorização de Internação Hospitalar/AIH⁽⁶⁶⁾ - tem o significado da necessária associação entre recursos e produção, regra até há pouco desprezada em boa parte da administração pública. Apesar de submetido a este novo sistema, o HEC, assim como tantos outros hospitais, não esboça importante transformação nas suas racionalidades administrativas. Até hoje não dispõe como já mencionado, de um sistema de apuração de custos! Tais tendências identificadas na própria administração pública, e não apenas na saúde, mas igualmente na pesquisa, com certeza acarretarão em prazos relativamente curtos, novas lógicas

⁶⁴. Referência expressa uma relação de encaminhamento formal de pacientes de uma dada unidade de saúde para outra, com tecnologia mais apropriada à resolução do caso e contra-referência o encaminhamento de retorno à unidade de origem após intervenção; essas relações denotam a necessária complementariedade entre serviços de saúde que componham uma rede.

⁶⁵. MOTTA, Paulo. Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde, trabalho apresentado no Seminário Novas Concepções Em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial. ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990. p.?

⁶⁶. O Sistema AIH, já praticado como modalidade de pagamento de todos hospitais privados contratados pelo poder público, foi estendido ao setor público em 1991; baseia-se numa tabela de procedimentos associados a diagnósticos específicos, para os quais, há valores definidos a serem pagos aos prestadores da assistência; esses valores são fixos por patologia, existindo valores adicionais segundo a complexidade da unidade prestadora.

de acesso a recursos.⁶⁷ Atualmente, a maior parte do financiamento do HEC ainda se dá por orçamento global (repasse de recursos desvinculado da produção), sem importar os seus resultados alcançados ou mesmo as metas propostas.

As condições ambientais no entanto, estão a indicar uma tendência a valorização de mecanismos mais competitivos no interior das próprias organizações públicas, quanto ao acesso a recursos, o que significa vincular disponibilidade de recursos à produção e à sua qualidade. Tal raciocínio é verdadeiro, tanto para as funções de pesquisa, quanto de assistência à saúde. Essa temática já mobiliza a atenção dos dirigentes do HEC e da Fiocruz.

Não é menos importante, sendo mesmo associado à condição referida acima, a tendência a maior autonomia das organizações públicas. No setor saúde, a descentralização é um dos princípios da diferenciação do sistema, ainda que assim não esteja, até o momento, adequadamente implementado. No entanto, as experiências sanitárias que experimentam maior sucesso e inovação, encontram nos caminhos da descentralização e maior autonomia, pelo menos parte das razões que explicam a melhoria dos resultados.

Como alerta Mendes (1993), descentralizar não significa tornar independentes as unidades de saúde, mas sim criar um relação *"biunívoca"* entre as dimensões centralização e descentralização, *"onde a cada momento de descentralização deve corresponder um outro, de centralização subordinada"*.⁶⁸

Finalmente, ao considerar-se as características da administração pública, suas tendências e repercussões para o HEC, um tema merece ser valorizado e que pode expressar um ponto de chegada enquanto conformação de uma nova organização pública. Campos (1990) através da discussão sobre a tradução da

⁶⁷. No momento, há estudos preliminares no interior da própria Fiocruz para o desenvolvimento e implantação de contratos de objetivos ou de gestão, que procurariam articular o acesso a recursos com a eficiência e eficácia da respectiva unidade técnica; num primeiro momento, talvez já em 1995, os primeiros indicadores para acompanhamento de performance já estejam sendo utilizados, com metas assumidas tanto pela unidade quanto pela Presidência da instituição.

⁶⁸. MENDES, Eugênio V. op.cit. p.111.

palavra *accountability* aporta elementos ao desenvolvimento de uma nova administração pública brasileira. Particularmente, importa a autora o desenvolvimento das organizações públicas que possa se expressar em elevação do grau de *accountability* das mesmas, sendo este "*determinado pela qualidade das relações entre o governo e cidadão, entre burocracias e clientelas*". Segue a autora afirmando que

*"o grau de accountability de uma burocracia é explicado pelas dimensões do macro ambiente da administração pública: a textura política e institucional da sociedade; os valores e os costumes tradicionais partilhados na cultura; a história."*⁶⁹

Esse conceito ainda sem tradução, ajuda no entanto nas considerações acerca da emergência de uma nova organização pública, onde a sua responsabilidade pública através de seus membros, possibilite práticas mais eficientes e eficazes, com correspondente transparência de seus atos e respeito a suas clientelas.

Uma última particularidade a ser ressaltada nas relações ambientais do HEC, é a sua multiplicidade e diversidade. O fato do Hospital integrar dois sistemas distintos, o de saúde (cuidado médico) e o de ciência e tecnologia, exige interações externas diversas. No caso da assistência, com variada gama de organismos, sejam outros prestadores de serviços médicos, ou reguladores. Igualmente, o mesmo processo se dá no campo da pesquisa, talvez com maior número de interações externas, contabilizando neste caso, diversas organizações internacionais. Denota-se neste caso, uma complexidade particular do HEC, com reflexos claros sobre suas tarefas. Apesar de relacionar-se com ambientes relativamente estáveis, conforme analisado, o faz de modo bastante diferenciado, o que traz conseqüências talvez similares àquelas próprias de organizações com relações ambientais mais instáveis. A dinâmica das relações externas estabelecidas, assemelha-se em complexidade, àquela típica de relações com ambientes mais variáveis.

⁶⁹. CAMPOS, Ana Maria. op.cit.p.47.

De qualquer modo, avalia-se que esses condicionantes ambientais ainda têm impactado pouco o HEC, sendo que o debate acerca das relações externas do Hospital torna-se imperioso para a própria (re)definição de sua missão e mesmo para sua performance. Esse processo implica uma adequada assimilação do novo perfil epidemiológico do país, não apenas promovendo uma adequada análise de tendências da AIDS e das tradicionais doenças tropicais mas, sobretudo, identificando o ponto de equilíbrio entre as patologias objeto de assistência e pesquisa, especialmente entre a AIDS e as demais. Quanto a isso, deverão ser melhor coordenadas as diversas pressões e demandas de organismos de pesquisa, fomentadores ou executores, que estão condicionando significativamente as tendências futuras do Hospital, enquanto instituição de pesquisa. Na assistência, tal pressão não é menos importante.

Mas também, devem ser melhor consideradas as novas e potenciais exigências da administração pública, especialmente a partir dos subsistemas de ciência e tecnologia e de saúde.

Quanto à tecnologia, o Hospital apresenta características também particulares. É notória a grande diferenciação dos processos de trabalho que coexistem no interior do HEC. Aqui identifica-se outra importante característica a contribuir para o seu elevado grau de complexidade. As diversas atividades do Hospital, seja no campo da assistência ou da pesquisa, influenciam-se mutuamente, denotando o que já foi anteriormente, conceituado como dependência recíproca das tarefas. No caso específico, essa complexidade, já típica dos hospitais, incrementa-se por conta da estreita, forte e variada interdependência entre as atividades assistenciais e de pesquisa, incluindo todas as demais atividades de suporte técnico-logístico. Tomando a atenção médica por um lado e a publicação científica por outro, enquanto produtos mais finalísticos da organização, não será difícil compreender o quanto será variável a composição tecnológica de cada produto, dada a sua singularidade. Cada paciente é único. Cada pesquisa é diversa.

As dimensões analisadas acarretam um grau de incerteza significativo na execução das tarefas do HEC. Encontrar-se-á por consequência, importantes graus de instabilidade, imprevisibilidade, diversidade e variedade de tarefas. Por sua vez, é relativamente baixa a disponibilidade, precisão e clareza de informações, assim como o domínio das relações de causa-efeito e de meios-fim. Por fim, essa mesma complexidade provoca baixos níveis de consenso e limitado impacto de "feedbacks" avaliativos. Essa consideração será importante quando da proposição de novos instrumentos de avaliação para o HEC.

III

O SISTEMA DE GESTÃO A PARTIR DO ENFOQUE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO-SITUACIONAL(PES) DE CARLOS MATUS

III.1. Apresentação

O propósito mais geral deste capítulo é o de apresentar os fundamentos teórico-metodológicos do PES. Não se trata de uma revisão exaustiva da obra de Matus. O objetivo maior está associado às suas contribuições acerca da gestão das organizações e particularmente, às suas proposições para o desenvolvimento de sistemas de direção, considerando ainda, sua aplicabilidade a hospitais.

Embora não tenha atuação específica junto a organismos sanitários prestadores de serviços, sua obra é bastante difundida no setor. A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), onde já ministrou diversos cursos e participou de seminários é um importante centro difusor de suas idéias e do PES. Pode-se afirmar que suas idéias vem marcando a formação de dirigentes para o setor e, conseqüentemente, para a organização setorial, especialmente naquilo que existe de mais inovativo.¹

Matus não se propõe a ser um formulador teórico sobre organizações. A sua obra é especialmente marcada pelas preocupações com o *governo de sistemas sociais complexos*. Suas formulações e sua prática estão repletas de reflexões e contribuições no campo do planejamento governamental.

Uma de suas preocupações mais importantes, está relacionada com a baixa capacidade dos governos latino-americanos, o que marca em definitivo a sua linha de trabalho.² Em relação especialmente, às organizações públicas latino-

¹. A ENSP organizou um Curso de Especialização em Planejamento em Saúde que foi ministrado por 7 anos, seguindo as bases teóricas e metodológicas do planejamento estratégico, sendo Matus um dos autores de referência mais significativa; atualmente os princípios e metodologia do PES estão presentes em maior ou menor extensão em diversos cursos da Escola, inclusive descentralizados pelo país; hoje, o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar é o que mais utiliza a metodologia do PES, entre os cursos de longa duração, sendo mesmo o seu eixo articulador em relação a diversas abordagens organizacionais específicas; a Organização Pan-americana de Saúde-OPAS também tem incentivado a difusão do PES, utilizando-o na organização de diversos "sistemas locais/municipais de saúde" pelo país, dispondo inclusive de metodologias adaptadas/simplificadas a partir do PES; ver MENDES, Eugênio V.(org.). Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Org.Panam.Saúde. Brasília, 1994.

². Carlos Matus foi Ministro da Economia do Governo Allende, tendo longa carreira de docência e pesquisa; tem atuado junto a Comissão Econômica para a América Latina - CEPAL e o Instituto Latino Americano de Planificación y Desarrollo - ILPES; no Brasil, já ministrou diversos cursos, para quadros dirigentes governamentais, docentes de diversas universidades e mesmo sindicalistas, especialmente para escolas sindicais; igualmente, tem realizado inúmeras consultorias para diversos governos estaduais

americanas, também objeto de suas preocupações, Matus as diagnostica como sendo *sistemas de baixa responsabilidade* pelo nível de descompromisso que possuem em relação aos resultados que deveriam alcançar. As suas formulações buscam ainda contribuir para a reversão desse quadro.

Na área hospitalar, são conhecidas algumas experiências em desenvolvimento que se utilizam de seus aportes conceituais e metodológicos.³

Sua obra está amparada em algumas contribuições das teorias das organizações, marcadamente da teoria de sistemas e da administração por objetivos⁴. Ainda que aparentemente, seus trabalhos não enfoquem mais diretamente o *governo de organizações* enquanto sistemas sociais específicos, é inquestionável a aplicabilidade de suas idéias àquele nível. Diz-se isso, função de que reiteradas vezes, o autor fala em macro-organizações referindo-se a sistemas de organizações governamentais ou simplesmente, sistemas de organizações.

Quanto às organizações públicas, Matus(1987) em algum momento de sua obra, acaba por sugerir uma ênfase no *planejamento para a gestão operacional*, ainda que com conteúdos estratégicos e táticos, uma vez que tais organizações,

e órgãos federais; preside em Caracas a Fundação ALTADIR, empresa privada que atua em linhas de consultoria e formação junto a organismos de governo em toda América Latina.

³. Duas dissertações bastante recentes tratam dessas experiências, ver CECÍLIO, Luís C. "Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde." Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva, UNICAMP, S.Paulo, mimeo, 1993. e SILVA, Roseli Monteiro da. A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: Uma Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Dissertação de Mestrado, Ensp, Fiocruz, mimeo, Rio de Janeiro, 1994.

⁴. A teoria de sistemas foi formulada originalmente por BERTALANFFY, Ludwig. General Systems Theory: A New Approach to Unity of Science, in Human Biology, dezembro, 1951.; a teoria geral de sistemas afirma que existe um grande número de propriedades dos sistemas que não podem ser descritas significativamente em termos de seus elementos separados; uma compreensão de sistema é "um conjunto de elementos interdependentes e interagentes; ou, um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado e cujo resultado (output) é maior do que o resultados que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente". KHANDWALLA, Pradip. The Design of Organizations, New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1977, p.224, in CHIAVENATO, Idalberto. teoria Geral da Administração, vol. I. McGraw-Hill do Brasil, 1979, p.276 e 280; o criador da administração por objetivos (A.P.O.) foi Peter Drucker, que a define como "um processo pelo qual os gerentes superiores e subordinados de uma organização, identificam objetivos comuns, definem áreas de responsabilidade de cada um em termos de resultados esperados e usam essas medidas como guias para a operação de negócios"; DRUCKER, Peter. Prática da Administração. Rio de Janeiro, Ed. Fundo de Cultura, 1962. in in CHIAVENATO, Idalberto. teoria Geral da Administração, vol. I. McGraw-Hill do Brasil, 1979, p. 379.

"*são dependentes de diretivas superiores*". Em contrapartida, o planejamento estratégico como expressão da capacidade de gestão e com utilização de todo o seu arsenal de métodos e técnicas, seria reservado a organismos centrais de governo, função de sua maior e mais complexa abrangência de ação, mas sobretudo por lidar com processos mais conflitivos. Essa *situação de poder compartilhado* (leia-se sistemas sociais complexos - Governo de Estados) imporia mais cálculo interativo, assumindo-se uma função superior, mais política, de planejamento diretivo. Aos níveis hierárquicos subordinados, aí incluídas organizações sob controle, restaria um papel primordial de planejamento operacional.

Quanto a isso, Cecílio(1993) identifica pontos obscuros na formulação de Matus, quando este parece dicotomizar o planejamento diretivo, desenvolvido por instâncias superiores de governo e que lidaria com estruturas conflitivas e variáveis políticas, do planejamento operacional, a ser implementado no interior de estruturas hierárquicas subordinadas, leia-se organizações⁵.

Se Matus tem razão quanto a não utilização de todo o arsenal do PES em estruturas organizacionais específicas, devido a sua grande sofisticação e complexidade, não será menos verdade que mesmo nesses níveis a questão do poder, dos interesses e naturalmente dos conflitos está bastante presente. Essa realidade, exige sem dúvida, *cálculos interativos* e portanto, planejamento estratégico, ainda que com métodos adaptados, mas à luz de todas as suas categorias mais essenciais.

Essa compreensão vem se confirmar em textos mais recentes de Matus(1994), como será visto ainda neste Capítulo, quando ao considerar a *Teoria das Macro-organizações*, compreende de modo indistinto os sistemas micro-organizativos (organizações específicas e mesmo departamentos organizacionais) e sistemas macro-organizativos (sistemas de organizações).

⁵. CECÍLIO, Luís C.op.cit. p.234.

Ambos os níveis, que interagem entre si, podem ser explicados debaixo das mesmas *regras* e dos demais conceitos formulados por Matus.

É aceito que o enfoque estratégico-situacional de planejamento e seus métodos, tem apresentado resultados e grandes potencialidades ao nível de organizações específicas. Tanto isso é verdade, que neste trabalho e em outras experiências, as concepções de Matus são realmente assumidas indistintamente para Governos e para outras organizações complexas. É aceito no entanto, a necessidade de adaptação de seus métodos segundo a complexidade dessas organizações⁶. No entanto, as suas formulações sobre *sistema de direção estratégica*, praticamente em toda sua plenitude, seriam aplicáveis a qualquer organização complexa, aqui incluídos os hospitais de maior porte.

O desenvolvimento do Capítulo é iniciado com um contraponto entre o que é para o autor planejamento normativo e o que ele formula como planejamento estratégico-situacional. Para maior clareza de suas formulações, é exposto tanto o conceito de *situação* utilizado pelo autor, como também a sua formulação sobre a *teoria da ação* e a *teoria produção social*. Nesse caso é bastante criativo ao utilizar a metáfora do jogo, que permite adequado entendimento sobre o processo de planejamento na complexa dinâmica dos sistemas sociais.

Todo o arcabouço teórico de Matus é acompanhado de sofisticada metodologia, da qual é apresentada uma síntese, realçando-se alguns pontos. Igualmente, no trabalho de consultoria, não foram desenvolvidas todas as técnicas preconizadas pelo método PES.

Ao final, como parte do momento tático-operacional de sua metodologia, é apresentado o seu modelo de direção estratégica, com seus diversos componentes.

⁶. ARTMAN, Elizabeth. O Planejamento Estratégico-Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde. dissertação de Mestrado, ENSP, mimeo, 1993.;na sua dissertação a autora considera simplificações do método apresentado por Matus, em consideração a instâncias mais locais (organizações menos complexas).

III.2. A Concepção de Matus sobre o Planejamento

Todo o trabalho de Matus está voltado para o desenvolvimento de capacidades de governo. No caso, pode-se escrever Governo (com maiúscula) ou governo (com minúscula). Ainda que o autor tenha várias experiências como consultor de Governo(s), será ele mesmo quem alertará para o fato de que

"la planificación y el gobierno de procesos son una capacidad potencial de todas las fuerzas sociales y de todos los hombres, a partir de cualquier situación favorable o adversa".⁷

III.2.1. Conjugando o Verbo Planejar

É importante salientar que Matus reconhece uma insuficiente valorização do processo de planejamento e até mesmo um descrético, localizando suas causas no fracasso histórico das lógicas de planejamento normativo.

Supõe no entanto o autor, que seria possível um modelo mais governável desde que um só ator planejasse. Nesse caso, algumas características estariam presentes ou subentendidas no processo de planejamento, chamado neste caso de normativo.

Matus apresentará seis postulados do planejamento normativo que em si mesmos encerram a compreensão, vista adiante, do planejamento estratégico. Suas constatações são:

- . a existência em separado, de um sujeito que planeja e um objeto, sob seu possível controle, que é planejado; o sujeito não se vê como parte da realidade/objeto de planejamento;
- . o sujeito é capaz de conhecer a realidade através de um diagnóstico único e objetivo; a dimensão tempo está restrita ao momento passado ou presente do dito diagnóstico;

⁷. MATUS, Carlos. Adiós Señor Presidente. Caracas, Pomaire/Ensayos. 1987. p.32.

- . para compreender a realidade futura, o sujeito se utiliza de leis de comportamento social, aplicando ainda modelos analíticos de base causa-efeito; previsão e predição são a mesma coisa, estando a potência do método dependente de sua capacidade de predição;
- . não se considera a possibilidade de planejamento de outros atores, não existindo oponentes; o cálculo se restringe ao *deve ser* num contexto de harmonia e concertação central do ator único que planeja;
- . ao trabalhar com o *deve ser*, o planejamento normativo despreza as incertezas ou eventos probabilísticos mal definidos, desconsiderando *problemas não-estruturados*⁸ ou não os tratando como tal e;
- . o plano como produto de um único ator com capacidade de planejar, apresenta-se com final fechado, porque sua situação terminal é conhecida; tudo se reduz a cumprir o plano para alcançar os objetivos.⁹

Sinteticamente então, as proposições do planejamento estratégico:

- . o sujeito que planeja faz parte do objeto, que por sua vez, compreende outros sujeitos que planejam; a governabilidade se apresenta com possibilidades diversas, função das capacidades diversas de controle dos distintos atores;
- . sendo vários os atores, está impossibilitado o diagnóstico único; a *explicação situacional*¹⁰ é possível para todos os atores, segundo sua inserção particular na realidade/objeto planejado;
- . em oposição a aplicação de leis para predição do futuro, requer-se o *cálculo interativo e o juízo estratégico*; as relações causa-efeito se entrelaçam às relações iniciativa-resposta; a previsão ganha o lugar da predição;

⁸. O autor em seus textos, utiliza o termo *cuasiestructurado*, assim como Cecílio, Luís Carlos op.cit. o traduz para "quase estruturado"; os problemas estruturados demandam soluções normatizáveis, já os problemas não-estruturados apresentam as seguintes características: a) as regras que produzem os problemas não são precisas, invariáveis, nem iguais para todos; os homens criam e recriam essas regras; b) são resolvidos "desde dentro"; ao serem resolvidos podem gerar outros problemas, sendo suas soluções relativas a um determinado atos; c) as fronteiras entre o problema e o sistema que o gera são difusas; d) as soluções são criativas; e) sempre abrange o âmbito sócio-político, ainda que tenha dimensão técnica; parte da síntese contida em Uribe Rivera, Francisco Javier op.cit. p.188-189.

⁹. MATUS, op.cit. pp.56-57.

¹⁰. O termo situação denota para o autor significado particular, sendo considerado a seguir, neste mesmo capítulo.

. o deve ser cede lugar ao pode ser e a vontade de fazer; enfrentar e vencer resistências é uma constante, função do cálculo político e da permanente atenção na conjuntura; o contexto do plano é de uma interrelação contínua entre conflito, concertação e consenso;

. a norma torna-se apenas um momento dentro do estratégico e do operacional; trabalha-se com problemas não estruturados; muitas vezes não serão enumeradas as possibilidades e nem estabelecidas as probabilidades;

. o plano não é monopólio de um único ator, portanto seu futuro está aberto; as soluções ótimas, certas e únicas, cedem lugar a soluções satisfatórias, reconhecendo-se a continuidade dos problemas sociais no tempo¹¹.

III.2.2. Planejamento como Cálculo Situacional e Estratégico

Para Matus, planejamento se refere ao cálculo que precede e preside a ação. Esse cálculo poderá ser num extremo, de base intuitiva ou ser feito de modo sistemático segundo enfoques técnico-políticos próprios, considerando distintas situações e diferentes horizontes de tempo. Neste último caso, se estará falando da prática do planejamento estratégico-situacional. Ao longo do texto, essas diferentes possibilidades de sistematização e de amplitude do cálculo que precede e preside a ação, serão aclaradas, justificando as bases para uma nova prática de governo.

E Matus apresenta seis importantes argumentos para defender o cálculo situacional sistemático e articulado em distintos planos e prazos, como mais eficiente e eficaz frente aos cálculos imediatista ou de base puramente técnica.

O primeiro argumento trata da necessidade de mediar o futuro com o presente. Supõe *"la necesidad de prever las posibilidades del mañana para diseñar con anticipación lo que debo hacer hoy."*¹² A exploração do futuro trata de considerar efeitos possíveis das ações de hoje. Aqui reside uma crítica

¹¹. MATUS. Adiós Señor Presidente. op.cit.pp.59-61.

¹². Idem.Ibidem.p.24.

embutida à prática do cálculo imediatista, que muitas vezes, em nome das restrições e problemas do presente, prevalecem sobre repercussões futuras das ações ou da ausência de ações no presente.

O segundo argumento diz que é necessário prever ante a impossibilidade de predizer. Especialmente para o desenvolvimento de sistemas sociais, onde será remota a possibilidade de predição, restará a necessidade de prever futuros alternativos, ante os quais, dentro de espaços de probabilidade, serão desenhados vários planos. Para Matus, é preciso "*prever posibilidades para prever acciones y, en consecuencia, ser oportunos en la acción.*"¹³

O terceiro argumento diz que mesmo as surpresas podem ser enfrentadas com capacidade de reação planejada. É natural que uma ocorrência possível no futuro fique além das possibilidades de previsão, o que não impede, ao contrário, demanda preparação para reagir eficaz e rapidamente aos imprevistos.

O quarto argumento fala da necessidade de mediação do passado com o futuro. Supõe a simples necessidade de aprender com erros cometidos e não projetá-los no futuro, por ausência de aprendizagem com a própria prática.

O quinto argumento trata da necessidade de mediação do conhecimento com a ação. Neste argumento Matus introduz a noção de que o cálculo não é objetivante em relação à realidade, com repercussões sobre o desenho das ações. Há que se ter em conta distintas possibilidades de leitura da realidade, segundo pontos de vistas diversos de atores que estão presentes simultaneamente numa dada situação e que podem agir sobre ela. Assim, diz Matus, que a perspectiva técnico-científica é mais uma das leituras. Nesse caso, está implícita uma crítica ao cálculo técnico puro, ainda que sistemático, atributo como será visto, do planejamento normativo. Para o cálculo que precede e preside a ação, serão cotejadas então, as dimensões técnicas, mas também o cálculo político e social, considerando então, outras motivações e interesses em jogo *em torno e no* problema.

¹³. Idem. Ibidem. p.26.

Finalmente, o último argumento, aquele que enseja noção de globalidade e democracia. O sexto argumento fala da necessidade de uma coerência global frente às ações parciais dos atores sociais. Supõe capacidade de ação para conduzir sistemas sociais segundo objetivos plurais e democráticos.

Feitas algumas considerações de caráter geral e especialmente, introduzindo o que Matus chama de *desmonte epistemológico* do planejamento normativo, é oportuno conhecer os conceitos chaves da formulação do autor, aqueles sobre os quais estão alicerçados seu método de planejamento e a conseqüente forma de compreender as organizações (para Matus isso é uma decorrência, contida no próprio método).

III.2.3. O Triângulo de Governo

A noção do triângulo de governo formulado por Matus é importante para compreender-se a necessidade de planejamento na prática de governo. (Figura 1)

Governar, para Matus, supõe um processo que envolve três variáveis a serem permanentemente articuladas e que são interdependentes, a saber: o *projeto de governo*, que expressa o conteúdo propositivo dos projetos de ação no intento de alcançar-se determinados objetivos; a *governabilidade do sistema*, que expressa uma relação entre as variáveis que o respectivo ator (governo), controla e não controla (todas relacionadas às ações propostas em seu projeto de governo) e; a *capacidade de governo* que se refere à capacidade de dar direção ao processo, em função do arsenal de métodos, técnicas e habilidades do ator e de sua equipe de governo.¹⁴

O planejamento, naturalmente impacta as três variáveis, ainda que em tese venha se expressar mais diretamente sobre a capacidade de governo. Para Matus, a capacidade de ação dos diversos atores sociais, está diretamente associada ao domínio de técnicas de planejamento. Assim, desenvolver a capacidade de governo é sobretudo aperfeiçoar métodos, técnicas e habilidades de

¹⁴. Idem. Ibidem. pp.33-34.

planejamento, de modo a manter qualidade, profundidade e sistematicidade no cálculo que precede e preside a ação.

III.2.4. O Conceito de Situação

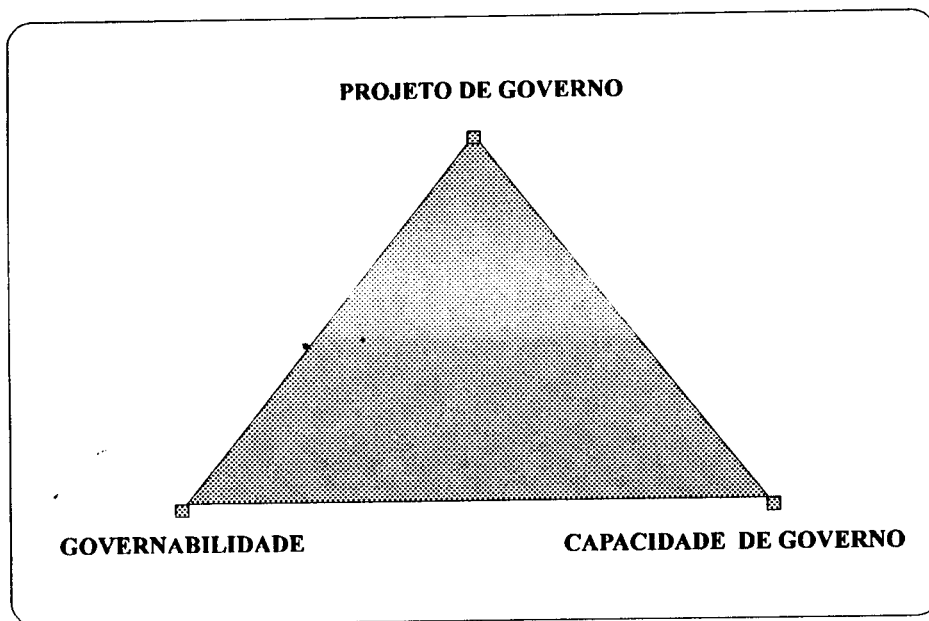
A noção de conflito enquanto conceito subjacente, é consequência da realidade ser compreendida segundo diversos pontos de vista. Simplesmente, cada olhar particular sobre a realidade por atores distintos, configura uma *situação*. Uribe Rivera (1995) chama atenção para o fato que também através do conceito de situação, Matus provoca uma ruptura com a explicação objetivista do planejamento tradicional, na medida em que assume o caráter auto-referencial de toda explicação da realidade.¹⁵

Para embasar teoricamente o significado de situação e a sua utilização em suas concepções, Matus vai buscar aportes nos filósofos - Heidegger (*El Ser y el Tiempo*, 1927), Sartre (*El Ser y la Nada*, 1943), Gadamer (*Truth and Method*, 1975) y Ortega y Gasset (*Historia como Sistema*, 1936). En *Adiós Señor Presidente*, Matus trabalha com diversas citações de Ortega. Este autor trabalha com os conceitos de *razão vital*, *razão abstrata e circunstância*, entendendo que a primeira é de caráter situacional, sendo a circunstância a sua restrição. A razão abstrata representaria a totalidade, sem limites.

¹⁵. URIBE RIVERA, Francisco Javier. Jürgen Habermas: Razão Comunicativa e Planejamento Social (Uma crítica ao enfoque estratégico) ENSP/FIOCRUZ, Tese de Doutorado, mimeo. 1995 versão revis. p.170.

FIGURA 1

O TRIÂNGULO DE GOVERNO



Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análises Teórico, p.4

Suas idéias fluem com o debate em torno das possibilidades da linguagem:

*No hay ningún decir que diga, sin más, lo que quiere decir. Dice sólo una pequeña fracción de lo que intenta.... Esta deficiencia es congénita al lenguaje. Este complemento..., lo sabemos por diferentes vías. Ante todo, por lo que ha sido dicho antes y va a decirse en seguida. Todo texto se nos presenta por sí mismo como fragmento de un contexto. Pero texto y contexto, a su vez suponen y hacen referencia a una situación.... esta situación es ultimamente indecible...*¹⁶

Para Ortega, a linguagem trata de expressar idéias, estas como construções advindas de reações do homem a situações de sua vida. Dito mais precisamente,

*"pensar es dialogar con la circunstancia.... Mas para entender el pensamiento de otro tenemos que hacernos presentes su circunstancia. Sin esto, fuera como si de un diálogo poseyésemos sólo lo que dice uno de los interlocutores".*¹⁷

Matus salienta nessa citação de Ortega, a noção de diálogo para que se dê a *explicação situacional*, sendo portanto, a noção de diagnóstico tradicional um monólogo com a realidade. A noção de diálogo por outro lado, supõe que *Mi explicación es un diálogo con la situación en que coexistó con el otro.*¹⁸

Ainda utilizando-se das formulações de Ortega, Matus incorpora outra dimensão ao conceito de situação, esta agora relacionada à noção de história:

*Ese pasado es pasado no porque pasó a otros, sino porque forma parte de nuestro presente, de lo que somos en la forma de haber sido; en suma, porque es nuestro pasado.*¹⁹

E torna-se ainda mais contundente ao afirmar que

*el pasado es la fuerza viva y actuante que sostiene nuestro hoy. No hay actio in distans. El pasado no está allí, en su fecha, sino aquí, en mí.*²⁰

São dois outros pontos fundamentais no conceito de situação: a história está presente na situação e não há ação no passado, apenas no presente.

¹⁶. ORTEGA E GASSET. História como Sistema, 1936 p.95 in MATUS, Carlos. Adiós Señor Presidente. op.cit. p.149.

¹⁷. ORTEGA E GASSET. op.cit. p.95

¹⁸. MATUS, Carlos. Adiós Señor Presidente. op.cit. p.149.

¹⁹. ORTEGA E GASSET. op.cit. p.97.

²⁰. ORTEGA E GASSET. op.cit. p.60.

A partir das citações de Ortega, podem ser sintetizadas as seguintes dimensões presentes no conceito de situação:

- . a ação não tem significado fora da situação;
- . explicar algo é dialogar com a situação;
- . a história está presente na situação;
- . não há ação à distância, só se atua no presente.

Matus identifica três acepções presentes no conceito de situação²¹: é um recorte problemático da realidade, realizado por determinado ator; é um recorte espacial e temporal da realidade; é uma tentativa de periodização da realidade.

Além dos filósofos citados por Matus, Uribe Rivera identifica a influência marxista no conceito de situação enquanto

*espaço conflitivo de produção social e a concepção de realidade situacional como um conjunto de níveis, planos ou estruturas que estabelecem relações hierárquicas de determinação, que remetem, em última instância, ao papel desempenhado pela estrutura econômica (e suas regularidades legais) no estabelecimento dos limites e possibilidades para a compreensão e ação humanas.*²²

Assim, o conceito de situação também considera a noção de essência, submersa em outros planos situacionais. Essa noção está precisada no conceito de teoria da produção social e operacionalizada no momento explicativo do método do PES.

III.2.5. A Teoria da Ação

Através do conceito de *ação*, Matus mais uma vez trata de desmontar as concepções tradicionais do planejamento. A sua análise supõe a teoria do planejamento tradicional derivada da lógica de teoria econômica, sendo essa em geral, *uma teoria do comportamento econômico*.²³ A noção de *comportamento*,

²¹. MATUS, Carlos. La Planificación de Situaciones. Fondo de Cultura Económica. México, 1980. pp.60-62 in Uribe Rivera, Francisco Javier. op.cit. p.171.

²². URIBE RIVERA, Francisco Javier. op.cit. p.173

²³. URIBE RIVERA, Francisco Javier. op.cit. p.155.

similarmente, tem o significado de um processo subordinado a leis, portanto, não criativos. Essa noção, de base positivista,²⁴ contamina diversas teorias, a começar pelas ciências naturais, fazendo-se presente ao nível da teoria do planeamento (tradicional).

Diferentemente da noção de comportamento, contrapõe-se o conceito de ação humana ou ação social. Para uma simples ilustração, Matus apresenta uma pequena história de Bernard Shaw com sua vizinha.

"Cuando Shaw con una herramienta arreglaba el antejardín de su casa, la vecina, que iba de compras, le dice en tono de pregunta afirmativa: Trabajando, Sr. Shaw?, y él le responde: "No vecina, estoy descansando". Al regreso de las compras, la vecina observa que Shaw está ahora en su silla fumando su pipa con la mirada perdida en el horizonte. Entonces, como quien ahora puede hacer una observación de consenso, ella le dice: Descansando, Sr. Shaw? y él le responde distraído: "No, señora, trabajando".²⁵

O significado de uma ação humana não é único, mas sobretudo, o autor que a pratica, o faz com intencionalidade e interesses próprios, buscando alcançar específicos resultados. A previsibilidade do comportamento não é possível, mediante simples aplicação de leis.

A ação humana, intencional e reflexiva, é realizada permanentemente, na perspectiva de alcance de objetivos em disputa(ou de consenso), o que significa a aceitação de outros atores envolvidos, onde todos, desenvolvem processos criativos, não havendo mais espaço para atos previsíveis segundo leis naturais.

²⁴. Positivismo refere-se a uma doutrina filosófica que tem em Augusto Comte sua maior referência; todo o pensamento positivista deriva das concepções de Comte; entre as características principais do pensamento positivista está proposto que "sólo el conocimiento de los hechos es fecundo, que el único tipo de certeza es el aportado por las ciencias experimentales; que el espíritu humano, tanto en la filosofía como en la ciencia, no evita el verbalismo o el error, más que la condición de mantenerse siempre en contacto con la experiencia es renunciar a todo a priori; en fin, que el dominio de las cosas en si es inaccesible, y que el pensamiento no puede alcanzar más que relaciones y leyes"; LALANDE, A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie, in: Dicionário de Ciências Sociais. Instituto de Estudos Políticos. Madrid, vol.II, 1976. p.544.

²⁵. MATUS, Carlos. Adiós Señor Presidente. op.cit. p.155

Assim, mais uma vez, Matus traz para o debate a questão da incerteza, intrínseca à natureza da ação humana, e de como o planejador pode e deve lidar com ela.

É oportuno um paralelo com as idéias de Campos (1981), que vai encontrar na abordagem de ação de Silvermam²⁶ alguns subsídios para suas críticas ao paradigma comportamentalista que ocupou espaço nas teorias organizacionais e a abordagem tradicional da organização como sistema.

A autora diferencia ação de comportamento a partir da capacidade indistinta das pessoas atribuírem significados à sua ação e à ação dos outros. Assim, *"um mesmo comportamento pode ser interpretado distintamente por diferentes pessoas ou diferentemente pela mesma pessoa em diferentes situações.."*²⁷

Essa compreensão, comum ao pensamento de Matus, supõe interação entre ator(es) e as estruturas sociais, sendo estas mesmas, resultantes de um processo permanente de construção social. O conceito de ação, complementa Campos (1981), diferente das lógicas comportamentais, trata enfim, do processo de interação humana na sociedade, onde se esta define o homem, este, dialeticamente, também define a sociedade.

Voltando a Matus, ele complementa essas formulações com a construção de uma taxonomia da ação social, começando por distingui-las entre as interativas e as não-interativas. As primeiras tratam das ações entre indivíduos, através de um intercâmbio de movimentos, o que exige cálculo interativo por parte de cada ator. Nesses casos, as ações poderão ser estratégicas conflitivas ou cooperativas ou estratégicas comunicativas(diálogos).

As ações não interativas, representam relações entre os indivíduos e o sistema, são unidirecionais e podem ser a ação-instrumental, quando se dirige a

²⁶. SILVERMAM, David. The Theory of Organizations. New York, Basic Books, 1971. p.44-72. in: CAMPOS, Ana Maria. Em Busca de Novos Caminhos para a Teoria da Organização. R.Adm.públ. Rio de Janeiro, 15(1):110.

²⁷. CAMPOS, Ana Maria. Em Busca de Novos Caminhos para a Teoria da Organização. R.Adm.públ. Rio de Janeiro, 15(1):110.

um objeto para que este reaja com um comportamento esperado, a ação-comportamento, que trata da reação estável e previsível do objeto e, a ação-informativa, que trata apenas da entrega de uma informação sem esperar interação).²⁸

Matus conclui afirmando que no planejamento normativo, de caráter economicista, estaria apenas contemplada a ação instrumental(onde o Estado é o único sujeito que planeja) e a ação comportamento, praticada como resposta pelos agentes econômicos, integrantes do sistema, como se objeto fossem.²⁹

III.2.6. A Teoria da Produção Social

As idéias chaves para o planejamento estratégico-situacional se completam em torno da construção matusiana sobre o *processo de produção social*. Segundo Cecílio(1993), trata-se da "*forma engenhosa com que Matus contribui para a formulação de uma teoria da produção social*" porque "*sistematiza uma forma de recortar o mundo que contribui para a formulação do enfoque metodológico*".³⁰

A compreensão dessa formulação de Matus parece ser a mais fundamental, pois não apenas abre as portas para o método em si, mas assume-se também que, encerra em si, os conceitos anteriormente apresentados de *situação* e de *ação*.

O autor apresenta a dinâmica da sociedade enquanto um processo de interação entre três planos básicos, distintos entre si por suas naturezas, mas que mantêm relações de condicionamento e determinação.

O plano mais básico e determinante configura a *genoestrutura*, onde se expressam as leis básicas da sociedade e que correspondem às suas estruturas econômica, jurídico-política e ideológica.

²⁸. O autor apresenta uma taxonomia que irá auxiliar a aplicação do método, sendo as ações estratégicas desdobradas ainda em francamente estratégicas(puramente conflitivas-guerra, puramente cooperativa ou mista) e encobertamente estratégicas(estratagemas-engano calculado e engano inconsciente); MATUS, Carlos. op.cit.pp.156-158.

²⁹. Idem.Ibidem. p.157.

³⁰. CECÍLIO, L.C. Oliveira. op.cit.p.238.

O plano intermediário, mais determinado em relação ao anterior e mais determinante em relação ao seguinte, configura a *fenoestrutura* que corresponde às capacidades de poder ou acumulações, dos atores sociais.

O plano dos fatos, fluxos de produção social ou dos fenômenos, é o nível mais determinado, mantendo também poder de condicionamento e corresponde aos resultados das ações dos atores.

Matus utiliza a metáfora do jogo, para ilustrar sua formulação. As regras do jogo, que definem a sua singularidade (um dado jogo e não outro qualquer), são a sua *genoestrutura*. Os jogadores, com suas capacidades (de jogo) acumuladas, são as *fenoestruturas humanas*³¹ (atores), possuidoras ou não de outras fenoestruturas. As jogadas expressam as ações (fluxos de produção) dessas fenoestruturas. As jogadas, segundo o alcance de seus objetivos, podem *acumular ou desacumular capacidades*, de modo que elas se fenoestruturam, como acumulações econômicas, como relações de poder ou relações de força e relações de destreza entre os jogadores.³²

A dinâmica do jogo, das interações entre os jogadores, não conformam uma única realidade, que será sempre lida conforme *situação* momentânea de cada jogador. As capacidades fenoestruturadas de um jogador, condicionam as jogadas possíveis, definidas como *espaço de produção possível*.

A relações entre os três planos e ao nível de um mesmo plano, podem ser sistematizadas do seguinte modo³³:

³¹. Para MATUS, o conceito de fenoestrutura se associa ao conceito de ator social, abrangendo tanto atores econômicos, políticos, sociais e ideológicos - as organizações sociais se enquadram em geral como fenoestruturas, ou mesmo partes, sistemas intraorganizacionais, com capacidades de produção.

³². MATUS, Carlos. op.cit. p.138.

³³. Os exemplos são construídos propositalmente referidos a uma organização hospitalar, mas estão inspirados na sistematização e nos exemplos de URIBE RIVERA, Francisco Javier. op. cit. p. 177.; também é oportuno salientar como está subentendido o conceito de situação, o que significa dizer que algo que se expressa como genoestrutura neste caso (a legislação sobre compras), poderá ser tomada como fenoestrutura se o recorte da sociedade for outro, por exemplo, a administração pública como um todo.

- . relações fenomênicas ou de interação entre os fatos; o exemplo pode ser a diminuição na produção de cirurgias em decorrência da menor produção de roupa esterelizada para uso cirúrgico, num hospital;
- . relações de fenoestruturação, expressam condicionamento do plano dos fatos sobre o plano das acumulações (fenoestruturas); a maior produção de artigos indexados por uma unidade de pesquisa, fortalece aquela unidade na estrutura de poder organizacional;
- . relações de genoestruturação, expressam condicionamento das acumulações sobre a genoestrutura, modificando-a; quando a direção do hospital consegue a aprovação de um projeto que confere autonomia de gestão à sua unidade; é importante ressaltar, que neste caso, deve ter havido em concomitância, relações de fenoestruturação (ações produzidas pela direção que a fortaleceram - acumulação de poder)
- . relações de determinação, expressam condicionamento da genoestrutura sobre as acumulações e fatos; a legislação federal sobre compras limita a capacidade de poder (acumulação) do hospital, que por sua vez condiciona suas ações neste campo;
- . relações intra-fenoestruturas (inter-acumulações); a inoperância de um sistema de custos hospitalares (desacumulação) condiciona o sistema orçamentário, por quanto não há bases técnicas de custos para a sua elaboração.

Será a dinâmica das relações entre fatos ou fluxos de produção, fenoestruturas ou acumulações e genoestruturas que expressam o processo de produção e reprodução social, a nível da sociedade concreta como um todo, ou em sistemas sociais mais particulares e recortados, como um hospital.

Todo a construção teórica de Matus será referida à realidade de uma sociedade/Estado na sua globalidade, sendo uma *situação* um recorte desta, considerando espaço, tempo e o ator que a explica.

Finalmente, é importante salientar que a

"análise matusiana das relações entre genoestrutura e estrutura admite dois movimentos: de um lado a genoestrutura fornece a estrutura básica de poder..., de um outro lado, através de fatos, as acumulações podem modificar a genoestrutura.... A primeira relação acentua o caráter reprodutório da estrutura política. A segunda procura explicar a mudança social".³⁴

III.3. A Metodologia do Planejamento Estratégico-Situacional

Matus desenvolveu e ainda aperfeiçoa constantemente, uma sofisticada e criativa metodologia para desenvolvimento prático de suas idéias sobre planejamento e governo. Cecílio (1993), ao comentar a metodologia do PES, salienta a forma eclética e heterodoxa de como Matus vai viabilizando a intermediação entre o enfoque teórico e metodológico, possibilitando uma tradução num método que muito contribuiu para as experiências que Cecílio (1993), analisa em sua tese. Já a partir da concepção mais geral, Matus dá um pouco a noção do caráter inovativo e criativo com que a metodologia possibilita o enfrentamento de problemas.

O autor apresenta a noção de *momentos* no processo de planejamento. São quatro os momentos definidos: *explicativo* (foi, é, tende a ser), *normativo* (deve ser), *estratégico* (pode ser do deve ser) e *tático-operacional* (fazer e recalcular). O que se pretende valorizar é que todo o processo é recursivo, onde cada momento contenha os demais. A cada momento, definido enquanto um marco temporário provisório, corresponde uma dimensão do processo a ser enfatizada, estando as demais também presentes, ainda que subordinadas. Não há precisão de início e fim, configurando uma visão de continuidade, onde mesmo a noção de circularidade, está condicionada por novas situações, novos problemas a serem enfrentados, num processo permanentemente criativo. Pode-se dizer que não há um processo em separado de planejamento, como também não haverá um plano.

³⁴. URIBE RIVERA, Francisco Javier. op.cit.p.180.

Fica para trás a lógica de fases seqüenciais, lineares, típicas do planejamento tradicional, onde seguiam-se o diagnóstico, a programação, a execução e a avaliação, materializando um processo e um plano. Será visto que tais funções no entanto, não desaparecem na proposta de Matus, mas são enriquecidas e valorizadas.

O método em si, reforça a concepção de que governar é enfrentar problemas, não na perspectiva de eliminá-los, mas de transformá-los por outros de menor valor. Por decorrência, o PES trabalhará com a noção de problemas relevantes, prioritários, estratégicos.

A seqüência apresentada a seguir cumpre uma função didática, podendo a mesma na prática ser iniciada em qualquer momento.

III.3.1. O Momento Explicativo

A ênfase desse momento está marcada pela seleção e explicação de problemas a serem enfrentados. Esse momento será desenvolvido em função das categorias chaves do PES. A explicação se dá segundo a concepção da *teoria da produção social*, identificando as regras(genoestrutura) que condicionam o problema, as fenoestruturas envolvidas, o fluxo de produção social e os fatos que se apresentam como suas causas mais imediatas. Igualmente, essa explicação supõe um *ator* explicando, numa dada *situação* espacial e temporal, como referência. Significa dizer que o mesmo problema, seria explicado diferentemente segundo a referência assumida. A referência, também condiciona as possibilidades de ação, e estas próprias, o problema e sua explicação.

O "diagnóstico" não será jamais único, pois subtende-se outros atores e portanto, outras explicações

Problema será entendido enquanto

"un obstáculo, que en una situación concreta, media entre la realidad actual y las aspiraciones de un

actor que participa en el juego social con una carga particular de ideologias, valores y conocimientos".³⁵

Matus considera que diversos problemas compõem um macro-problema, sendo este um resultado momentâneo do grande jogo que é a realidade social, visto a partir da ótica de um ator e na medida em que este ator o(o problema) declare *insatisfatório e evitável*. A mudança do macro-problema, com os planos afins, materializam o projeto de governo para um dado ator. Cada problema, será consequência de um jogo parcial, mantendo a noção de interação entre problemas, que se precisará no método pelas relações entre causas e consequências para um dado problema tomado por referência.³⁶ Significa dizer que dependendo do "problema-referência", outros problemas aparecerão como causas ou consequências, configurando na globalidade, um macro-problema.

O PES vai se ocupar especialmente dos problemas não estruturados, que se diferenciam dos estruturados, por exigirem ações criativas e estratégicas do ator envolvido. Os problemas estruturados são passíveis de soluções normatizáveis.

Matus classifica ainda os problemas em três tipos, a saber:

- . ameaças, quando há perigo potencial de perder-se uma conquista ou de agravar-se uma situação;
- . oportunidades, referindo-se a possibilidades que surjam na realidade e sobre as quais se pode atuar para aproveitá-las ou desperdiçá-las; e,
- . problemas propriamente ditos, que expressam deficiências, insatisfações detectadas na realidade.³⁷

A identificação de problemas pode se dar de diversas maneiras, sendo bastante utilizadas as técnicas de *brainstorming* e do *grupo nominal*,³⁸ aplicadas

³⁵. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico. Fundación Altadir. Caracas. mimeo, version junio/1994. p.19.

³⁶. Idem. Ibidem. p.19.

³⁷. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico. op.cit. p.20

³⁸. SCHOLTES, Peter R. Times da Qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade. Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1992.

sobre um coletivo definido de pessoas que expressem um ator, por exemplo, a cúpula dirigente de uma organização.

O resultado constitui um banco de problemas, a serem hierarquizados e priorizados, selecionando-se aquele ou aqueles que serão objeto de intervenção.

A seleção ainda que provisória, obedece a alguns critérios:

- . o valor político do problema;
- . o tempo para maturação de resultados;
- . os recursos dominantes exigidos;
- . a governabilidade sobre o problema;
- . o posicionamento de outros atores que têm governabilidade sobre o problema;
- . o custo de adiamento do problema;
- . a exigência de inovação ou continuidade;
- . impacto regional;
- . impacto sobre o balanço político da gestão ao seu término.³⁹

Para a aplicação sistematizada de todos esses critérios, pode ser utilizado o protocolo de seleção de problemas. (Quadro 4 - Capítulo I)

Com o(s) problema(s) selecionado(s), passa-se à(s) sua(s) descrição(ões). A descrição relaciona fatos verificáveis que caracterizam o problema, do ponto de vista do ator que o identifica. Trata-se da construção de elementos *marcadores* do problema, que devem precisar o significado do nome do problema, através de um *vetor de descrição do problema(VDP)*.

Tem-se o seguinte exemplo:⁴⁰

.Nome do Problema: Deficiente abastecimento de água potável no bairro Los Naranjos

.Descrição:

d1 = a população recebe água 5 dias por semana durante 8 hs.

d2 = não há abastecimento de água durante dois dias na semana

³⁹. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico. op.cit. pp.40-42.

⁴⁰. Idem.Ibidem. p.20.

d3 = d1 e d2 pioram

O VDP deve expressar um único significado para o problema, ao mesmo tempo que permite o monitoramento do problema e da eficácia das ações para enfrentá-lo (melhora ou piora do VDP).

A explicação do problema se dá em seguida, com a construção do modelo causal, que representa as interrelações entre seis tipos de causas, que são: regras, acumulações e fluxos (segundo a natureza das causas - ver teoria da produção social) e dentro da governabilidade (causas que dependem do ator que explica e planeja), fora de governabilidade (causas que dependem no todo ou em parte de outros atores) e fora do jogo (causas associadas a outros problemas). O modelo causal está articulado aos descritores e constitui o fluxograma explicativo (Quadro 5 - Capítulo I e Quadro 12, conforme idealizado por Matus).

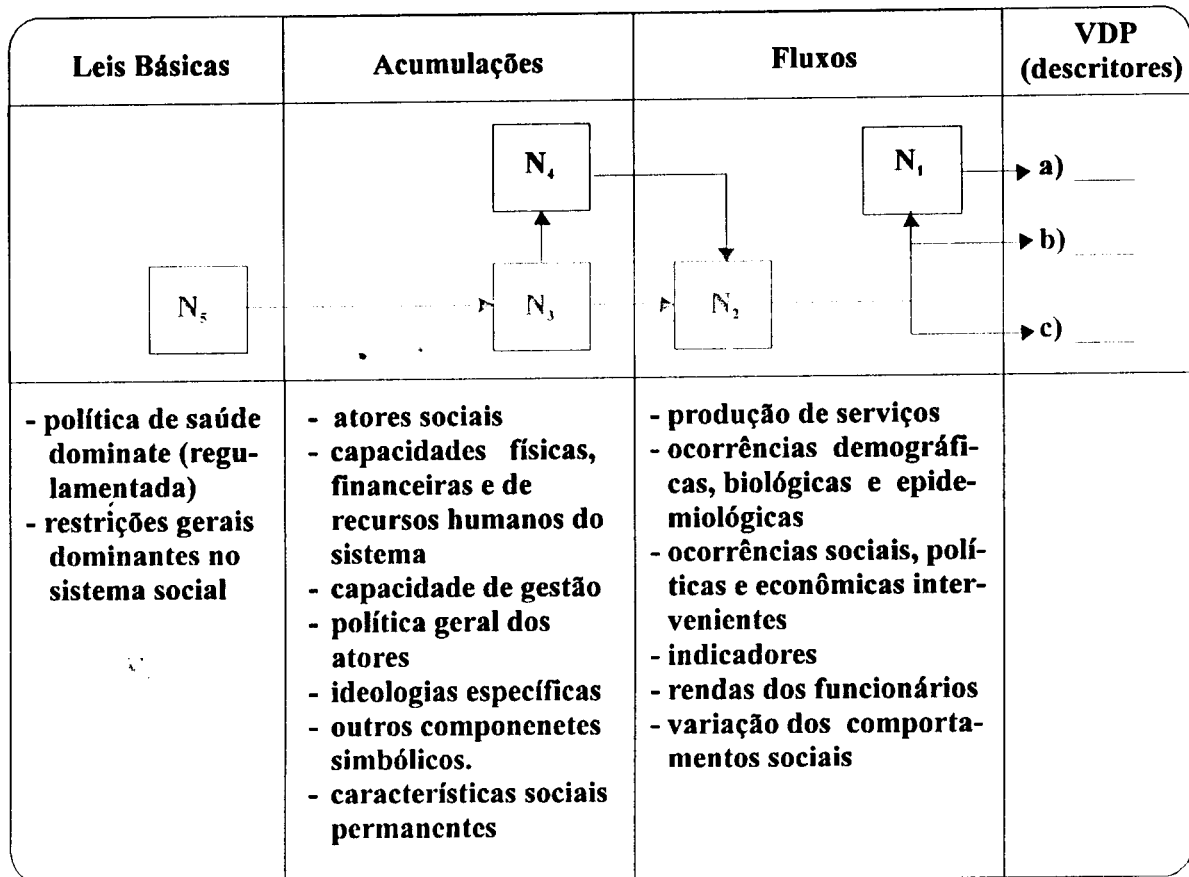
Todas as causas contidas no fluxograma são chamadas de *nós explicativos*. Dentre estes, alguns são definidos enquanto *nós críticos*, pois têm simultaneamente as seguintes condições:

- . possuir alto impacto sobre o VDP do problema;
- . constituir-se num centro prático de ação, isto é, algum ator pode atuar prática, efetiva e diretamente sobre tal causa (nó crítico), sem necessidade de atuar sobre suas causas;
- . ser um centro oportuno de ação política, o que implica juízo preliminar de viabilidade política e de relação custos-benefícios políticos.⁴¹

⁴¹. Idem. Ibidem. p.46.

QUADRO 12

FLUXOGRAMA EXPLICATIVO



Fonte: Uribe Rivera, F. Javier: Jorgen Habernas: Razão Comunicativa e Planejamento Social (Uma crítica ao enfoque estratégico), op, cit, p.206.

O encadeamento causal apenas dos nós críticos entre si e com os descritores do problema, conforma a *árvore do problema* (Quadro 13). Matus sugere que cada nó crítico seja substituído na árvore do problema pelo respectivo *vetor de descrição do nó crítico (VDNC)*, que cumpre as mesmas funções do VDP em relação ao problema. A função maior do VDNC é pois, tanto de precisar melhor o nó crítico, quanto de possibilitar o seu monitoramento no período do plano.⁴²

O nó crítico, enquanto centro prático de ação, demanda a identificação de operações, compreendidas como atos de intervenção que podem atuar em um ou mais nós críticos, como forma de impactar por consequência, os descritores do problema. O propósito das operações é o de transformar o VDNC inicial e convertê-lo em uma meta, denominado de VDNC*. A rede causal entre os VDNC* e os consequentes objetivos, configura a *árvore da situação-objetivo*. (Quadro 14) A identificação das operações necessárias em relação aos nós críticos, uma primeira análise sobre o balanço (positivo ou negativo) dos efeitos do plano (operações) sobre cada nó crítico e sobre o efeito de cada operação em cada nó crítico, é consolidado na *matriz nós críticos-operações* (Quadro 15). Matus salienta que não se trata de precisar resultados das operações, o que será feito apenas em decorrência da construção de cenários, um dos elementos do momento normativo.

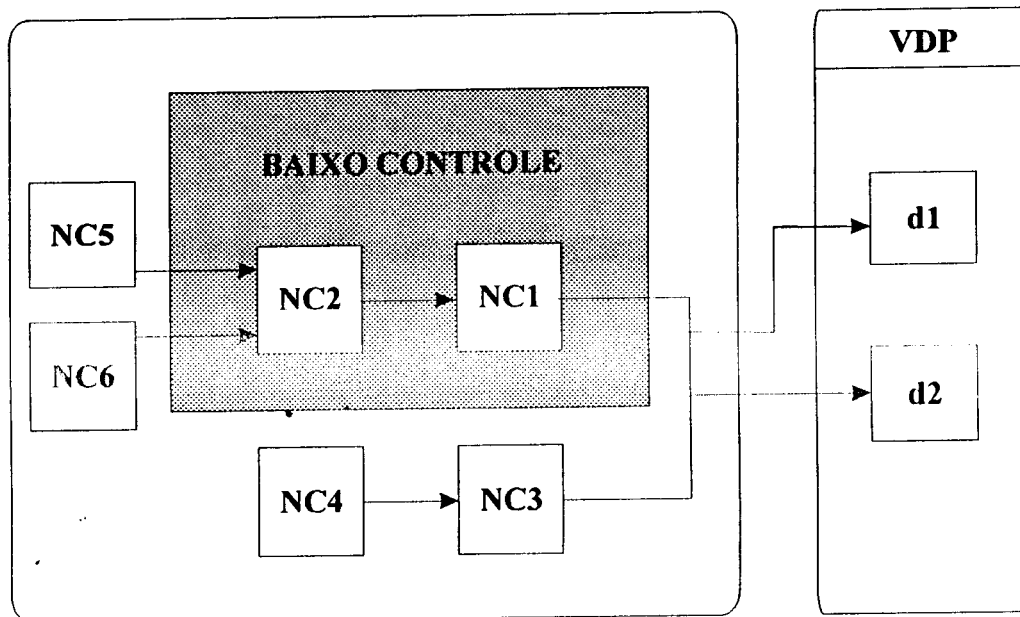
III.3.2. O Momento Normativo

O momento normativo consiste na construção do *deve ser*, a ser expresso pela *situação-objetivo* e pelo *programa direcional*. Há uma noção de direcionalidade, de modo que o ator possa explicitar onde deseja chegar (situação-objetivo). O terceiro elemento do momento normativo está dado pela

⁴². Idem. Ibidem. p.47-48.

QUADRO 13

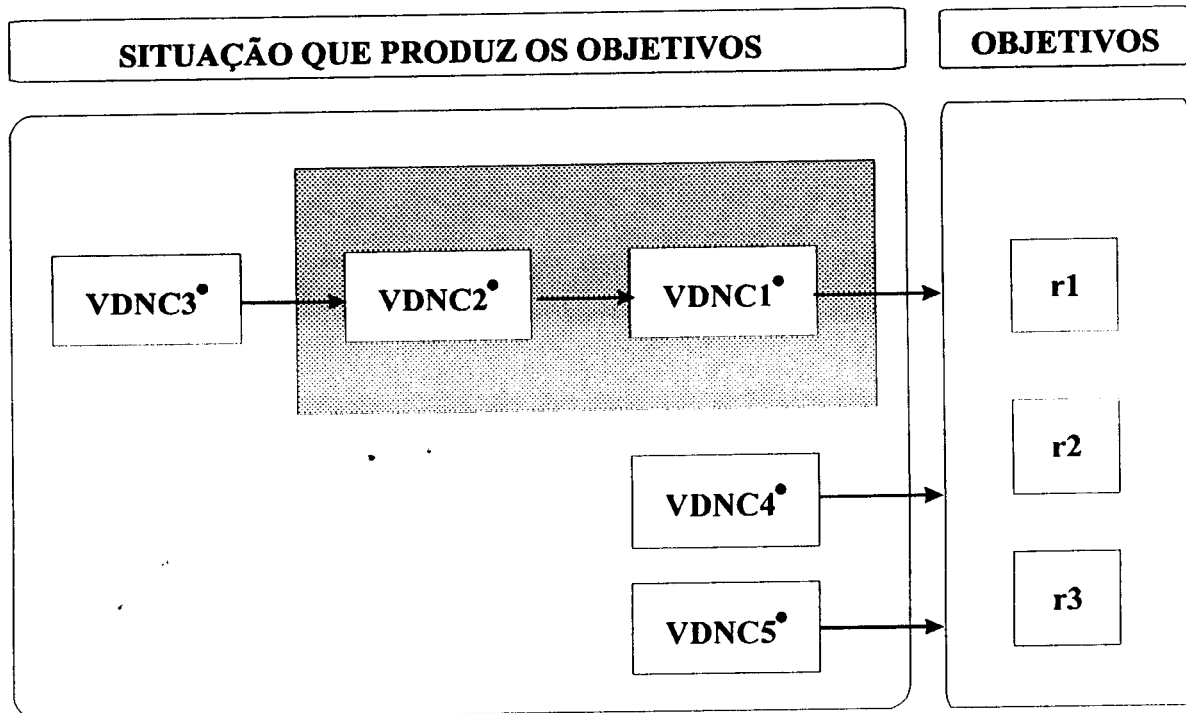
ÁRVORE DE UM PROBLEMA



Fonte: Matus, Carlos.PES: Guia de Análise Teórica. p. 47

QUADRO 14

ÁRVORE DA SITUAÇÃO-OBJETIVO



Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análises Teórico, p. 77

QUADRO 15

MATRIZ NÓS CRÍTICOS - OPERAÇÕES

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÕES				
	OP1	OP2	DOP3	DOP4	
NC1	+A	0	+A	+A	+
NC2	0	+A	0	-B	
NC3	0	0	+A	0	
NC4	-B	0	0	+A	
	+				

Balanco de efeitos das operações sobre o nó crítico NC2

Intercâmbio de problemas que gera a operação OP1

Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análises Teórico, op. cit., p.49

construção de cenários futuros alternativos. Assim, a situação-objetivo deve estar adaptada a um cenário específico.

O desenho de cenários e do programa direcional, supõem cálculo situacional interativo e não apenas balanço de recursos para executar as operações. Os cenários modelam os programas direcionais, estes entendidos enquanto seqüência ou concomitância entre operações no processo de implementação do plano.

A construção dos cenários, enquanto técnica específica, procura analisar o comportamento futuro de *variantes* (variáveis fora da governabilidade do ator), das *opções* (variáveis sobre controle) e da análise da combinação dos efeitos desses comportamentos.⁴³

Javier (1994), faz interessantes ponderações sobre a utilização de cenários. Considera que quanto maior o horizonte futuro projetado, maior a imprevisibilidade do cenário e que a simulação para o cálculo de um cenário necessita envolver grupos e pessoas de várias especialidades, com o intuito de elevar o grau de previsibilidade. Sugere ainda a

*"realização de cálculos para períodos não muito longos, a serem permanentemente reajustados, valendo-se de mecanismos de interação com atores envolvidos na definição virtual de uma situação-objetivo".*⁴⁴

Para este autor, um dado cenário deve ser considerado como a expressão de uma negociação por uma opção normativa.

Mas os cenários jamais supõem predição, não eliminando portanto, os níveis de incerteza futura. Matus apresenta então, caminhos para lidar com a incerteza. Entre eles, não congelar o cálculo sobre o futuro, ao contrário, refazê-lo constantemente; propor planos de contingência para enfrentar as surpresas; dispor de sistemas de manejo de crises; esclarecer incertezas evitáveis; distribuir e diluir a incerteza entre várias opções e atores; comprar seguros, comprar opções

⁴³. URIBE RIVERA, Francisco Javier. op.cit. p.208.

⁴⁴. Idem.Ibidem. p209.

que reduzem incerteza, comprar proteção; limpar os possíveis erros do plano, refazendo análises de pontos fortes e debilidades das apostas assumidas.⁴⁵

A construção da situação-objetivo trata de verificar a consistência entre os objetivos parciais (VDNC*). A árvore de apostas da situação-objetivo verifica a consistência macro-causal, o que envolve as relações de causalidade entre os resultados parciais (VDNC*) e os resultados finais (VDR - transformação desejada do VDP)⁴⁶.

O programa direcional, que se traduz numa espécie de programa de governo relacionado ao problema a ser enfrentado, contém o conjunto de operações e ações, necessárias para o alcance da situação-objetivo. Ele articula quatro módulos, que se diferenciam entre si pelo nível de desagregação dos projetos de ação que corresponderiam aos níveis ou setores de uma organização responsáveis pelo desenvolvimento de cada módulo. É bastante interessante essa concepção de Matus, que traz implícita uma lógica organizacional e de planejamento descentralizada, mas que se articula globalmente. Assim, é possível que se "equilibre os critérios de coerência global e criatividade descentralizada".⁴⁷

O momento normativo será desenvolvido utilizando-se vários instrumentos, entre eles: a técnica de construção de cenários; a matriz de operações e problemas (cada nó crítico identificado é assumido como problema, para o qual devem ser propostas uma ou mais operações de enfrentamento - cada operação deve ter ainda a identificação do responsável pelo seu desenvolvimento); a matriz recursos/produtos/resultados (associados a cada operação); além de outras técnicas auxiliares como orçamentação, instrumentalização, etc., necessárias ao detalhamento completo das operações.

⁴⁵. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit. p.60-61.

⁴⁶. Idem.Ibidem. p. 77.

⁴⁷. MATUS, Carlos. Política, Planificación y Gobierno. Borrador, Washington, 1987, p.401.

II.3.3. O Momento Estratégico

O momento estratégico trata de analisar se *o deve ser pode ser*. O momento vai enfrentar essa questão procurando responder a duas perguntas específicas: "cuáles operaciones del plan son hoy viables? e, puedo construirle viabilidad a las operaciones no viables durante mi período de gobierno?"⁴⁸

O processo de construção de viabilidade é em si a estratégia. Estratégico será tudo o que for feito para alcançar um objetivo ou quando referido a outro (ator), significa a forma de lidar com ele no jogo, de modo a vencer sua eventual resistência e/ou ganhar sua colaboração.⁴⁹

Assim, estratégia não será uma simples questão de análise de viabilidade, mas sobretudo o processo de construção de viabilidades. A mediação entre o *deve ser* e o *pode ser* se dá pela *vontade de fazer*, de superar as restrições.

Matus aponta quatro dimensões básicas da viabilidade: política, econômica, cognitiva e organizativa. Já a análise da viabilidade exige questionamentos em três planos: o da decisão, o da operacionalização e finalmente, o da reprodução estável dos projetos do plano.

Ainda que identifique quatro dimensões na categoria viabilidade, o autor acaba por valorizar os aspectos políticos como determinantes em última instância da viabilidade ou não de um projeto/operação. A análise política, acaba por ser mais abrangente, pois supõe também o controle dos demais recursos (econômicos, cognitivos e organizativos) assumidos que são, como recursos de poder.

O propósito inicial é o de diferenciar as operações entre conflitivas e não conflitivas. O procedimento metodológico se dá pela análise da motivação dos diversos atores envolvidos potencialmente com cada operação proposta. A motivação de um ator é entendida enquanto o seu *interesse pela operação* (apoio, indiferença e oposição ou ainda, sem posição definida, indiferença tática e indiferença por ignorância) e pelo *valor* para cada ator de cada operação (muito

⁴⁸. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit.p.105.

⁴⁹. Idem.Ibidem. p.107.

alto, alto, médio, baixo e muito baixo). Uma associação entre a análise de interesse e de valor é obtida com o preenchimento da matriz de motivações dos atores (Quadro 10). Toda operação que conte com algum nível de oposição de qualquer ator, será definida como conflitiva.

Matus sofisticava um pouco mais a análise das motivações, procurando valorizar o *vetor de peso* de cada ator, que ajuda na avaliação da capacidade de pressão do respectivo ator frente a determinada operação. O vetor de peso será decorrente dos recursos críticos que efetivamente aquele ator controla, em relação a cada operação.

Há um instrumento denominado de *matriz de vetores de peso* que operacionaliza em termos quantitativos os pesos relativos de cada ator, frente a cada recurso exigido por operação.

Tanto Cecílio (1993), quanto Uribe Rivera (1995), fazem considerações pertinentes quanto as limitações metodológicas quando se tenta operacionalizar o conceito de poder, quantificando-o. A metodologia do PES nesse momento, assumiria um caráter mais auto-referencial, enquanto proposta de análise e comparação entre o poder de diversos atores, ao invés da perspectiva policêntrica, presente na categoria situação, que assim mesmo, teria um forte caráter de simulação e presunção, como afirma Uribe Rivera.⁵⁰ Matus mesmo, faz uma ressalva importante, ao afirmar que a possibilidade de comparação

⁵⁰. URIBE RIVERA, Francisco Javier.op.cit. p.193.

QUADRO 16

MATRIZ DE MOTIVAÇÃO DOS ATORES

	OPERAÇÕES			
	OP1	OP2	OP3	OP4
ator1	+A	+A	+A	+A
ator2	-A	-A	+B	-A
ator3	+M	-A	-A	-A
ator4	+M	A	O	O

- (+) ator apoia
- (-) ator não apoia
- (A) alta motivação
- (M) média motivação
- (B) baixa motivação
- (O) ator indiferente

Fonte: Matuś, Carlos. PES: Guia de Análise Teórico. op.cit. p. 113

entre forças de distintos atores não pode se confundir com os resultados desta comparação.⁵¹

As operações identificadas como conflitivas serão enfrentadas segundo algumas estratégias possíveis. É oportuno compreender que as operações não conflitivas, portanto viáveis, serão utilizadas enquanto elementos constitutivos na construção de viabilidades. Ao lado dessas operações, que em si devem gerar *eficácia direcional* ao plano, pois estão concebidas a partir dos *nós críticos* (momentos explicativo e normativo), Matus propõe a formulação de operações próprias para construir viabilidade para uma ou mais operações do plano identificadas como conflitivas. São operações que objetivam eficácia processual. Ele as chama de *operações OK* e podem ser de diversos tipos: de distração (para confundir), de surpresa (para surpreender), de concessão (para acalmar e conseguir adesão), de reação (para responder), de mobilização popular (para pressionar), de comunicação (para difundir, esclarecer, persuadir), de declaração (para marcar posições), de intimidação (para ameaçar, dissuadir, anunciar uma reação) e de compromisso (obrigar-se a uma promessa)⁵². As operações OK expressam de maneira geral as possíveis estratégias a serem empregadas, isolada ou de forma combinadas. Elas podem ser agrupadas nas seguintes categorias:

- . imposição: quando o ator faz uso da autoridade para impor seus propósitos; de maneira geral, quando há posição hierárquica claramente definida e adequada análise de sua eficácia e infalibilidade;
- . persuasão: em geral baseada na capacidade de sedução; implicar obter apoio e adesão sem ceder nada de imediato ou no máximo, uma possibilidade futura de recompensa;
- . negociação: implica reconciliar interesses conflitivos, por um processo em que ambas as partes cedem algo; a negociação pode ser cooperativa (ambas partes

⁵¹. MATUS, Carlos. Política, Planificación y Gobierno.op.cit. p.569.

⁵². MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit.p.141.

ganham), conflitiva(apenas uma parte ganha) e mista(onde há perdas e ganhos entre as partes);

. mediação: através da convocação de um mediador

. juízo: através da mediação por autoridade judicial e debaixo das regras jurídicas cabíveis;

. coação: ameaça com risco de ônus para o outro;

. confrontação: baseado na medição não violenta de forças(pode ser um processo eleitoral);

. dissuasão: ameaça de aplicação de força, que por si gere o recuo do outro; é preciso eficácia na capacidade de demonstrar o poder, sem precisar usá-lo;

. guerra: medição violenta de forças.⁵³

Compõe ainda o momento estratégico a análise das trajetórias possíveis, considerando tanto as viabilidades dadas (operações não conflitivas), quanto as hipóteses de mudança situacional a partir do sucesso ou insucesso das estratégias preconizadas. Essa análise tem o propósito de eleger situações em que convém situar o conflito para as operações inviáveis, significa dizer, qual a melhor trajetória das operações (para essa escolha é preciso a construção de trajetórias alternativas), considerando agora as inviabilidades articuladas com as respectivas operações OK. Em último caso, pode-se mesmo chegar a descartar operações, o que significaria transformar o programa direcional (momento normativo) e a situação-objetivo.

III.3.4. O Momento Tático-Operacional

O plano só se completa na ação. O momento tático-operacional é o momento do *fazer acontecer*. Matus trabalha com quatro assertivas que expressam as demandas deste momento. A primeira assume que só a ação muda a realidade, sendo importante submeter a ação diária à disciplina do planejamento. A segunda afirma que sem a mediação do plano, a ação fica

⁵³. Idem.Ibidem.p.142.

submetida à improvisação. A terceira, diz que o plano sem relação com a ação fica supérfluo, reduzindo-se a mera investigação do futuro. E finalmente, que o desempenho de uma organização ou a qualidade de suas ações tem o limite que permite seus sistemas de direção.⁵⁴

Como visto, o conteúdo mais essencial deste momento está precisamente no processo de geração de condições organizacionais para a prática de ações planejadas. Matus faz importantes críticas aos sistemas tradicionais de gestão que operam sob o domínio da improvisação. Afirmar ainda, que a força do plano frente à improvisação é decorrente dos *equipamentos* para tomada de decisões disponíveis no sistema de direção da organização.⁵⁵

Para o autor, o momento tático-operacional acaba por redundar num processo de organização da gestão, através do desenvolvimento de diversos sistemas a comporem em conjunto um *sistema de direção estratégica* de uma organização ou macro-organização⁵⁶. É o funcionamento a contento deste sistema que mediatiza o plano com a ação.

III.3.4.1. A Dinâmica das Organizações e o PES

A primeira dimensão deste momento se dá pela compreensão necessária acerca da dinâmica da organização, que Matus chama de *jogo organizativo*, sendo que mais uma vez ele recorre a teoria da produção social, utilizando a metáfora do jogo, para explicar determinada performance organizacional. Assim, os elementos básicos do jogo são agrupados e resumidos nas *regras* (normas de fato e normas formais), nas *acumulações* (capacidade instalada de produção, sistemas organizativos, métodos de trabalho, etc.) e nos *fluxos de produção* (atos comunicacionais, atos de fala e ações).

⁵⁴. Idem. Ibidem. p. 157.

⁵⁵. Idem. Ibidem. p. 158.

⁵⁶. Como já referido no início do Capítulo, Matus apresenta uma forte preocupação com planejamento governamental, assim o seu conceito de macro-organização está mais referido a sistemas de organizações sem comando comum mas, que coexistem debaixo de regras comuns; para o autor, um governo estadual ou municipal, com suas diversas organizações, configuram uma macro-organização.

As regras na metáfora do jogo, expressam os principais condicionantes de uma organização. Desse ponto de vista, as regras são melhor compreendidas se tomadas como categorias de análise de fatores intervenientes sobre as organizações. Com essa formulação, Matus constrói uma fórmula bastante criativa numa perspectiva multidimensional bastante abrangente, para análise organizacional, sendo possível algumas analogias às compreensões mais comuns próprias das *teorias organizacionais*, quando estas utilizam por exemplo, as dimensões estrutura, tecnologia, ambiente, objetivos, pessoas (poder), entre outras categorias. Poderá ser visto adiante, que tais dimensões estariam compreendidas nas regras formuladas por Matus, ainda que ponderações quanto a algumas lacunas mereçam também ser comentadas.

Para a compreensão e aplicação da metáfora do jogo às organizações, é preciso reconhecer que Matus está concebendo as organizações enquanto espaços particulares de sistemas sociais mais amplos, macro-organizações. A teoria da produção social (vista no momento explicativo) supõe a concepção de espaço (de produção), enquanto subsistema social onde interagem atores em processos cooperativos e/ou conflitivos, função de seus interesses e objetivos. Assim, para operacionalizar a metáfora do jogo ao nível organizacional, com as suas regras, é preciso reconhecer a interação deste espaço (singular) com o sistema macro-organizacional (espaço geral).⁵⁷

São quatro as regras definidas pelo autor: direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade.⁵⁸

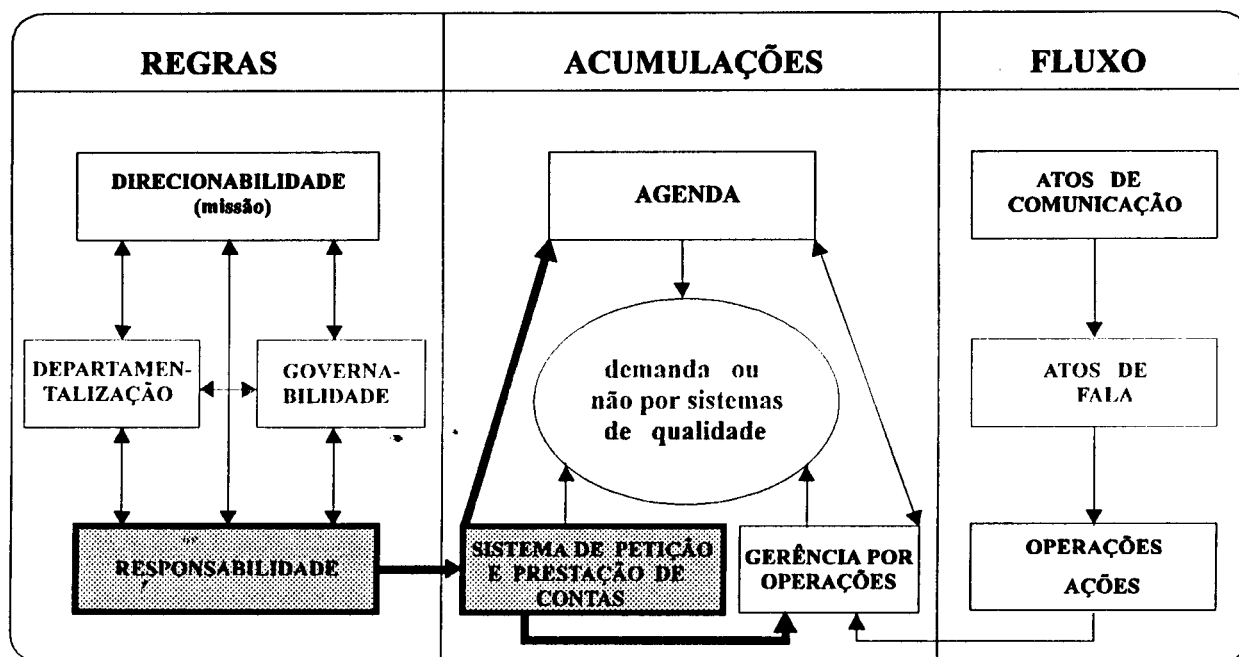
As regras de direcionalidade condicionam a definição da missão e de objetivos *para e na* organização, segundo as demandas e necessidades expressas socialmente. Assim, o mais correto seria falar-se em direcionalidades, enquanto alternativas consensualizadas (já negociadas) ou conflitivas, vigentes *em torno e na* organização.

⁵⁷. SILVA, Roseli. op.cit. p.22.

⁵⁸. MATUS, Carlos. Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. mimeo, s/data. pp. 1-4.

QUADRO 17

AS ORGANIZAÇÕES COMO SISTEMA DE PRODUÇÃO SOCIAL



Fonte: Esquema idealizado por Uribe Rivera, F. Javier e apresentado em Silva, Roseli M. op.cit.p.30.

As regras de departamentalização condicionam a criação de unidades organizativas específicas, com capacidades produtivas próprias e que tem expressão formal através de uma dada estrutura. Essas regras expressam uma correspondência entre o processo de diferenciação de funções (distribuição da missão e objetivos) e a diferenciação organizativa (criação de unidades). Esse processo pode caracterizar a organização como redundante, quando várias unidades cumprem a mesma missão e objetivos; simétrica, quando a cada unidade corresponder objetivos específicos e exclusivos ou; assimétrica, quando toda a missão e todos os objetivos forem exclusivas de uma única unidade (ausência de departamentalização).⁵⁹

As regras de governabilidade definem o grau de controle organizacional sobre variáveis que afetam sua missão e objetivos. Externamente, expressam o grau de autonomia organizacional e internamente, definem o nível de centralização/descentralização entre nível diretivo superior e as unidades organizacionais intermediárias e finais (autonomias internas).⁶⁰

Finalmente, as regras de responsabilidade condicionam a distribuição e cobrança de responsabilidades na organização, com relação a sua missão e objetivos. Estão expressas na existência e operacionalidade de sistemas de aferição de cumprimento de compromissos⁶¹, tomando por referência o desempenho organizacional com base em seus resultados.

O autor aponta algumas deficiências típicas do jogo organizativo, por quanto este não "aplique" adequadamente as regras citadas, o que conformaria os seguintes desajustes organizacionais, que trazem por consequência a ineficiência e ineficácia da gestão.⁶²

⁵⁹. MATUS, Carlos. Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. op.cit. p.2.

⁶⁰. Compreende-se como autonomia, o grau de controle sobre capacidades físicas e intelectuais de produção e ainda, das competências para exercê-las, in MATUS, Carlos. Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. mimeo, s/data. p.3.

⁶¹. O termo *compromisso* não é utilizado por Matus, que segue falando em responsabilidades definidas com relação aos objetivos propostos; a opção por este termo denota uma compreensão advinda de Flores e Uribe Rivera, utilizado na experiência em análise - HEC - e que expressa uma manifestação individual ou coletiva no sentido de responder no futuro por uma negociação previamente assumida.

⁶². MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit.p.163.

. ingovernabilidade: quando a organização deve responder por problemas (relacionados a seus objetivos) sobre os quais não tem governabilidade; pode ser um ingovernabilidade absoluta ou parcial;

. centralismo: quando determinado nível organizacional (externo ou interno) concentra governabilidade sobre problemas de baixo valor para este nível, mas de alto valor para níveis subordinados, que são mais afetados por tais problemas;⁶³

. irresponsabilidade: quando a organização na perspectiva do cumprimento de sua missão e objetivos, atua sem que haja qualquer prestação externa de contas ou qualquer cobrança interna de contas, sobre objetivos, operações, eficiência e eficácia.

Conclui Matus que, num jogo organizativo mal construído, todos esses desajustes estão juntos, por claras relações de condicionamento mútuo, salientando no entanto, o autor, que as regras de responsabilidade são as mais condicionantes,⁶⁴ em relação às demais, determinando em última instância, a qualidade do sistema de gestão.

Por consequência, são as regras de responsabilidade que também irão condicionar os três componentes chaves, no plano das acumulações, do sistema de gestão idealizado por Matus e por ele denominado de *triângulo de ferro*.⁶⁴(Figura)

Os seus sistemas integrantes são:

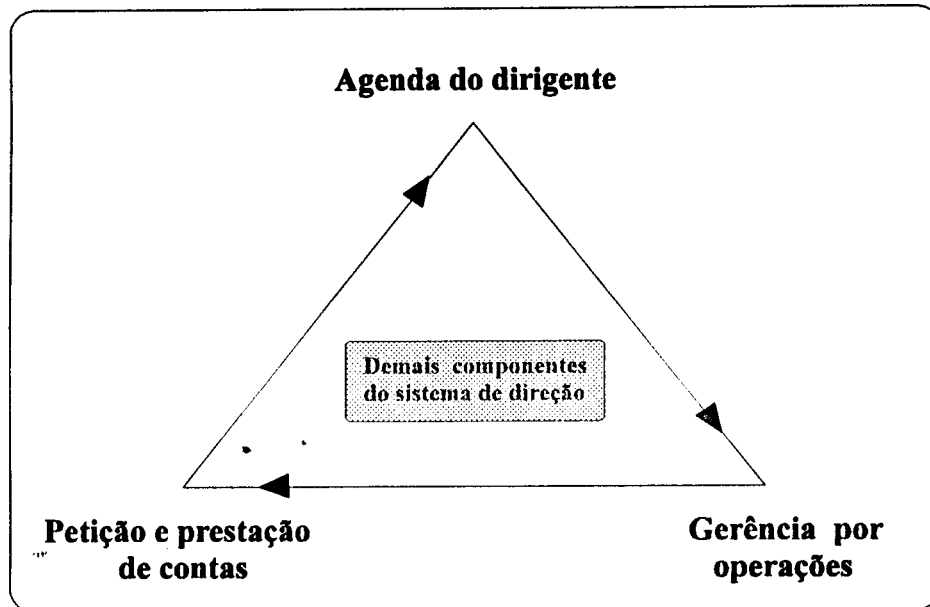
. sistema de conformação da agenda: onde se trata do uso do tempo do dirigente e dos focos de atenção (problemas) a serem priorizados; nessa instância busca-se valorizar as importâncias (problemas prioritários e pré-processados) versus as urgências;

⁶³. Essa compreensão de Matus é extremamente interessante e está associada à compreensão de descentralização de problemas para níveis onde possam ser tratados de forma criativa.

⁶⁴. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit.p.164.

Figura 2

TRIÂNGULO DE FERRO



Fonte: Uribe Rivera, F. Javier: Jürgen Habermas: Razão Comunicativa e Planejamento Social (Uma crítica ao enfoque estratégico), citando Matus, Carlos. Governo e Planejamento: Guia de Análise Teórica. Fundação Altadir, mimeo, s/data, p.172.

. o sistema de gerência operacional: que articula as ações cotidianas (por operações) em bases criativas; trata do enfrentamento de problemas onde estes tem mais valor, estando implícito a noção de descentralização.

. o sistema de petição e prestação de contas por desempenho: que possibilita efetivar o processo de aferição de compromissos (resultados) em todas as esferas da organização, referidos a sua missão e seus objetivos; o sucesso ou insucesso desse sistema decide o grau de (ir)responsabilidade da organização; esse é o sistema que demanda por planejamento, demandando também os demais sistemas.⁶⁵

Silva (1994) propõe a compreensão dos sistema de petição e prestação de contas enquanto um "instrumento para a criação de pactos internos, visando o cumprimento dos objetivos da organização e não como um sistema puramente de controle".⁶⁶ Seguindo essa compreensão, esse sistema pode assumir externamente, nas organizações públicas, a lógica de contratos de objetivos, pactuados por processos de negociação entre as partes (Estado/governo - organização e internamente, entre seus membros, mantendo-se capilaridade e condicionamento mútuo quanto a demandas internas e externas).⁶⁷

No terceiro plano do jogo organizativo ocorrem os fluxos de produção, que expressam os processos e produtos organizacionais (incluindo seus efeitos), estando compreendidos para o autor:

. os atos de comunicação ou ações locutivas, que compreendem as comunicações formais;

⁶⁵. Adiante, será apresentado o sistema de direção estratégica com todos os seus componentes, sendo o triângulo de ferro composto apenas pelos sistemas-chaves, que por sua vez demandam outros sete sistemas.

⁶⁶. SILVA, Roseli Monteiro. op.cit. p.28.

⁶⁷. Esse processo começa a se desenvolver na relação entre o HEC e a Presidência da FIOCRUZ, na medida em que indicadores de performance estão sendo estudados pelas partes, para responder por compromissos externos.

. os atos de fala, que se originam nos atos de comunicação, através do intercâmbio de significados definidos pelos indivíduos em relação àqueles atos;⁶⁸
. operações, ações, tarefas, etc.: incluindo seus produtos e resultados.⁶⁹

Essa compreensão de Matus sobre os fluxos de produção traduzem a dimensão comunicativa na dinâmica das organizações, o que parece bem ajustado às suas formulações de *produção social, situação e ação*, enquanto categorias chaves de sua formulação teórica e metodológica. É fato no entanto, que tal dimensão não ganha maior expressão metodológica em seus trabalhos.⁷⁰

III.3.4.2. O Sistema de Direção Estratégica⁷¹

Adiantou-se que o *triângulo de ferro* contém os sistemas chaves de uma estrutura de gestão, mas que estes, especialmente a partir do sistema de petição e prestação de contas, demanda por mais sistemas. A seguir todos esses sistemas são apresentados.(Quadro 18)

1. A agenda do dirigente

O seu propósito é o de administrar o tempo e os problemas que demandam o dirigente, de modo a valorizar o tratamento de problemas relevantes ao invés da ocupação em torno de rotinas e emergências. Matus lista algumas características de problemas que em geral não fazem parte da agenda do dirigente:

- . são muito consumidores de tempo;
- . parecem postergáveis e não muito urgentes;

⁶⁸. Matus utiliza a classificação de atos de fala de SEARLE, John. *Speech Acts: An Essay in Philosophy of Language*. Cambridge University Press, 1969.; este autor classifica os atos de fala em cinco tipos: asserções ou afirmações, declarações, diretivas, compromissos e expressões.

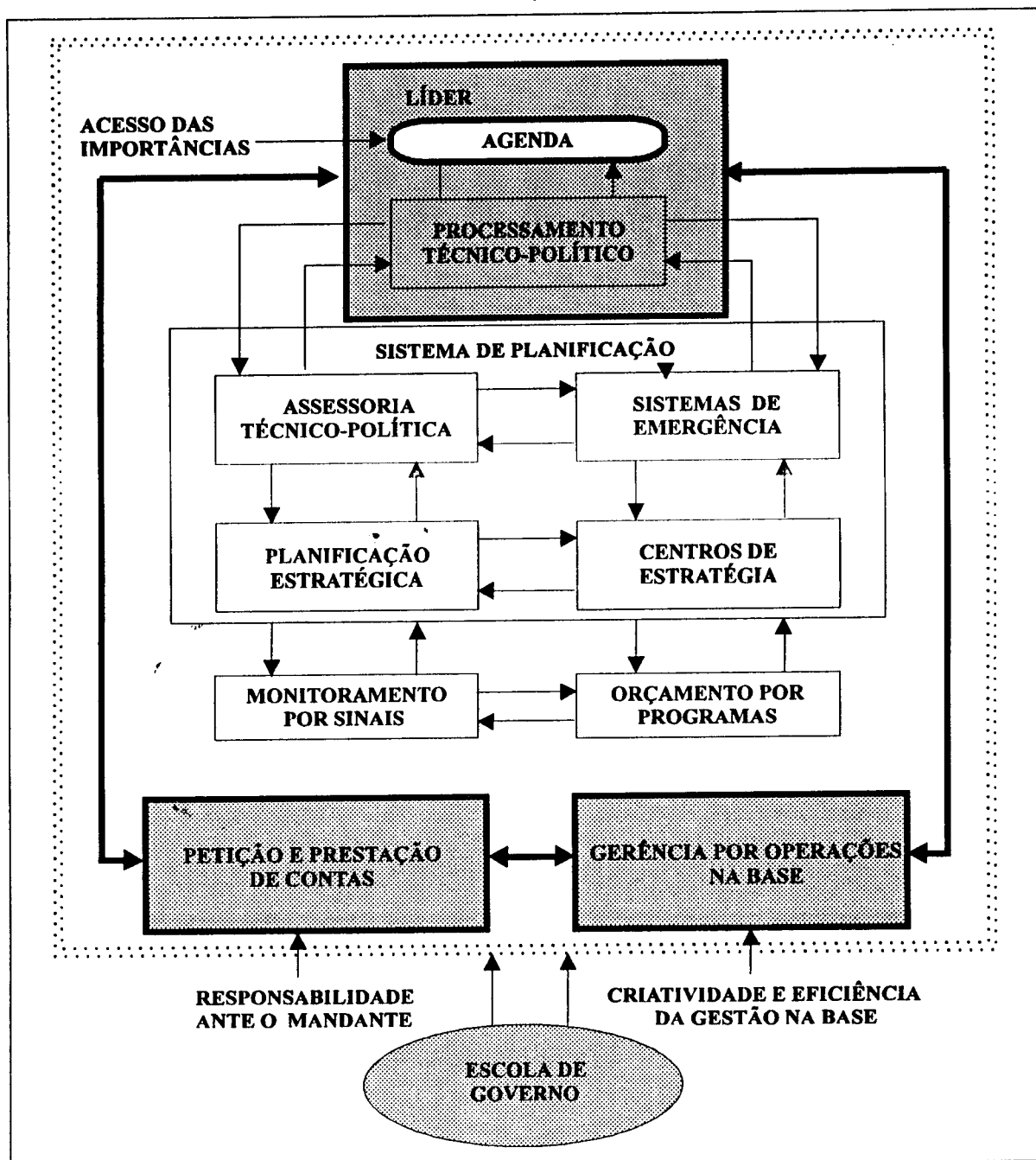
⁶⁹. São chamadas de ações perlocutivas, conforme definição de AUSTIN, John L.. *Como Hacer Cosas con Palabras*. Ediciones Paidós, España, 1981.

⁷⁰. Uma compreensão mais radical de organização enquanto rede de conversações e com suporte metodológico para apoio a gestão pode ser visto em FLORES, Carlos F. *Inventando la Empresa del Siglo XXI*. Chile, Hachete, 1989.

⁷¹. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit.pp.183-203.

QUADRO 18

O SISTEMA DE DIREÇÃO ESTRATÉGICA



Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análises Teórico, op. cit., p.166

- . emitem sinais débeis para chamar a atenção
- . são complexos, ainda que fáceis de identificar enquanto "paisagens" e de difícil valoração no presente, pois parecem inevitáveis;
- . produzem incômodos e desagradados em função da baixa competência para enfrentá-los;
- . exigem inovação para enfrentá-los e requerem assumir riscos.

Completa Matus afirmando que os problemas mais transcendentales possuem características similares a estas:

- . não se captam na superfície da realidade;
- . sua importância é revelada quando projeta-se a realidade sobre o futuro;
- . às vezes por serem antigos, estão incorporados à paisagem, com adaptação social a seus efeitos negativos;
- . produzem incômodos pelos custos políticos ou econômicos para enfrentá-los e pela necessidade de inovar;
- . não possui "*doentes particulares*", pois de maneira geral afetam o conjunto social, o que faz a política clientelista ignorá-lo.

Em cinco casos diversos de assessoria, Matus identificou que apenas 3% dos problemas que chegavam às agendas dos dirigentes, haviam sido submetidos a processamento técnico-político adequado.

Para o uso quantitativo e qualitativo do tempo e da agenda do dirigente, o seu "*em torno*" tem grande importância. É preciso considerar a necessidade de suporte técnico-político ao invés de assessorias especializadas e de conselheiros que manipulam intuitivamente suas relações com o meio externo e com os níveis subordinados.

2. O sistema de processamento técnico-político

Concebido enquanto instância organizacional e funcional, com os seguintes objetivos:

- . ser filtro de qualidade no processamento de problemas; fazer frente aos extremos do tecnicismo e do politicismo; deve produzir cálculos situacionais de síntese, com o intuito de facilitar o relacionamento do dirigente com seus assessores, subordinados e outros atores externos;
- . defender as importâncias frente as urgências;
- . fazer constantemente uma síntese de monitoramento do desempenho da organização;
- . manter monitoramento periódico da agenda do dirigente, para demonstrar-se objetivamente o uso do seu tempo e os seus focos de atenção, visando eventuais correções;
- . colaborar com o dirigente na preparação rigorosa da petição de contas;
- . estabelecer mediação com o sistema de planejamento, com o propósito de melhorar constantemente a alimentação do processamento técnico-político.

3. O sistema de controle de crises

Composto de quatro elementos:

- . capacitação especializada;
- . sistemas de informações e de monitoramento do desenvolvimento da crise;
- . logística e infra-estrutura de apoio ao controle da crise;
- . técnicas de controle de crise.

Tipicamente, esse sistema seria próprio de estruturas governamentais centrais. Adiante, Matus fala de *salas de governo* ou *salas de situações*, também referindo-se a governos, mas que pode ser compreendido enquanto estrutura técnico-logística para monitoramento e controle de situações, podendo estar associada à unidade de processamento técnico-político falado anteriormente.

4. O sistema de planejamento estratégico

Trata-se de uma cadeia de diversas instâncias de planejamento, que articula desde a unidade e o sistema de processamento técnico-político, o setor de

planejamento propriamente dito e o que Matus chama de centros de grande estratégia. Mais uma vez, a concepção do autor está referida aos sistemas de planejamento governamental. O que importa é a compreensão de planejamento estratégico, debaixo da lógica de cálculo técnico-político enquanto processo que preside e precede a ação. Nas organizações em geral, esse processo seria disperso pelas unidades operacionais, por eventual setor de planejamento e pela unidade de processamento de problemas.

5. Centros de grande estratégia

São os espaços onde se "farejam" novos caminhos. Sua função é explorar "além da curva" e além de onde há caminho conhecido. Requerem cientistas e políticos de alta competência.

6. O sistema de orçamentação por programa

O orçamento tradicional, não permite identificar os objetivos associados aos recursos dispendidos. Ao contrário, o orçamento organizado por programas, com metas e resultados articulados, é uma ferramenta vital na gestão por objetivos.

7. O sistema de monitoramento

É fundamental para o acompanhamento da evolução das situações e para análise dos resultados das ações, visando modificá-las a tempo. Os objetos de monitoramento são: o seguimento dos problemas, através dos seus descritores, dos indicadores dos nós críticos e das variantes mais importantes; o seguimento das operações, através dos recursos, produtos, resultados e variantes mais importantes e; do seguimento das conversações⁷², através das diretivas, declarações, compromissos, etc.)

⁷². Um programa computacional com os objetivos de monitoramento das conversações foi desenvolvido por Flores; ver FLORES, Carlos F. Inventando la Empresa del Siglo XXI. Chile, Hachete, 1989.

É importante a sua distinção dos sistemas estatísticos de informações tradicionais. Matus faz um contrapondo segundo seis variáveis: tipo de usuário, massa de informação, atraso aceito, perecibilidade, produção e uso e tipo de informação.

O sistema de monitoramento deve contar com a possibilidade de transformar informação primária em informação relevante (indicadores) e ainda expressar os indicadores por um sistema de sinais, incluindo zonas (faixas) de comportamento esperado para cada indicador, com respectivo piso e teto. Um indicador com resultado fora desta zona, seria identificado com *sinal* específico.

8. O sistema de prestação e petição de contas

O propósito maior desse sistema é definir e fazer efetiva a responsabilidade entre todos os membros de uma organização, seja o dirigente maior ou qualquer outro de seus funcionários. Mais uma vez os compromissos estão relacionados às negociações expressas através da palavra e devem ser validados com o seu cumprimento ou com apuração criteriosa sobre eventuais causas de seu não cumprimento.

A eficácia do sistema está assentada no seu caráter público e sistemático. Deve se referir a compromissos concretos, possíveis de serem mensurados, incluindo resultados de operações, eficiência e eficácia; deve ter uma dimensão individual e outra institucional (coletivos de trabalho); deve ser acoplado um sistema de premiações e punições. Todos os profissionais, dirigentes ou não, responsáveis por pedir contas, também devem prestar contas.

9. O sistema de gerência operacional

Neste caso, Matus considera pertinentes as concepções de gestão por objetivos, gerência por operações e gerência de qualidade total. A idéia central é um sistema de gestão que alterna ciclos de criatividade e rotina, através da

mobilização de recursos humanos para enfrentamento criativo de problemas e transformação das práticas em rotinas de qualidade. Mesmo as rotinas melhoradas, devem voltar continuamente a sofrer o impacto de novos esforços criativos.

10. A escola de governo

Matus propõe a criação desse tipo de escola (nível governamental) em função da debilidade das universidades em cumprirem com a função de formação de dirigentes mediante programas atualizados.

III.3.4.3. Estratégias de Reforma Organizacional

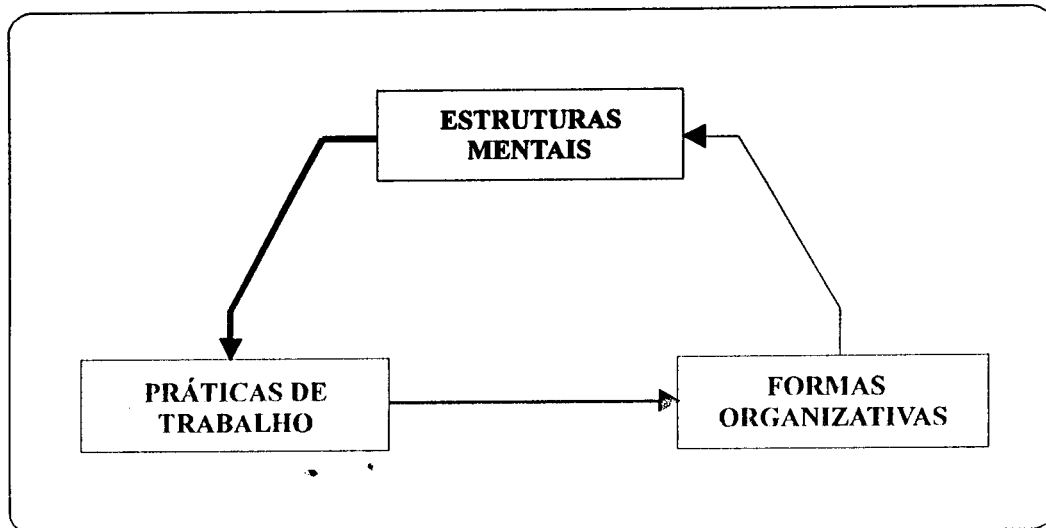
O tema da reforma organizacional não está por acaso nas preocupações de Matus. Toda a sua concepção sobre planejamento e sobre sistemas de direção necessita estar associada a estratégias de reformas que viabilizem novas *performancés* e minimizem riscos de retorno aos níveis de desempenho anteriores. O que se tem constatado na maioria das propostas de mudança organizacional, é que as estruturas tem se constituído no principal foco da reforma.

Matus, propõe estratégias senão inversas, mas ao menos, distantes a princípio das formas organizativas. Ele vai trabalhar com o princípio da subordinação da organização às práticas de trabalho, assim enunciado:

"La organización real se impone sobre la organización formal, porque la primera se sustenta en prácticas de trabajo arraigadas. Si se quiere reformar una organización, no comience por las

FIGURA 3

**O PRINCÍPIO DE SUBORDINAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO
ÀS PRÁTICAS DE TRABALHO**



Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análises Teórico, op. cit., p.175

consecuencias, ya que en toda organización rige el siguiente proceso causal: estructuras mentales --- prácticas de trabajo --- estructuras organizativas."⁷³
(Figura 3)

Matus identifica duas grandes estratégias de mudança organizacional: a estratégia de reforma horizontal por sistemas e a estratégia de reforma vertical. A estratégia horizontal supõe mudanças sequenciais nos diversos sistemas operacionais (pessoal, contabilidade, orçamento, compras, etc.). Ocorre que reformas desse tipo, tendem a gerar desequilíbrio no processo de trocas entre os setores reformados e os não reformados, devido às suas relações intersistêmicas. A organização segundo Matus, poderá até aceitar as novas estruturas organizativas, mas tenderá a rechaçar suas práticas.

A estratégia vertical, tem o propósito de reformar integralmente e de forma concomitante os componentes chaves do sistema de gestão, mais precisamente o triângulo de ferro, modificando a mentalidade dos seus dirigentes e estabelecendo um sistema exigente de petição e prestação de contas. Essa estratégia não está imune a dificuldades e estará a mercê das interações interinstitucionais, quando a organização reformada pode produzir e exigir uma qualidade que as demais organizações com as quais interagem não demandam e nem são capazes de oferecer. Nesse caso, são as relações interinstitucionais que, embora mais frágeis do que as relações intersistêmicas, também exercem força negativa em favor da mudança. Tudo dependerá da capacidade da organização reformada resistir, manter a autonomia de seus métodos e sua performance e ainda, contaminar as demais.

Para Matus, a viabilidade de mudança está do lado da estratégia vertical e radical. As condições para o seu sucesso, segundo a experiência do autor, são as seguintes:

. a instituição a ser reformada deve ter suficiente peso e autonomia para resistir às pressões interinstitucionais;

⁷³. MATUS, Carlos. PES: Guia de Analisis Teorico.op.cit.pp.173.

- . deve ter uma direção (dirigente) estável pelo período crítico da reforma (Matus estima 18 meses);
- . o dirigente deve encabeçar a reforma, não sendo delegável a um segundo nível;
- . o dirigente deve ser treinado em técnicas de alta direção, para encabeçar a reforma;
- . deve haver uma estratégia adequada, envolvendo: o respeito à sequência estruturas mentais - práticas de trabalho - formas organizativas; treinamento do dirigente, de 70% dos quadros de direção e de pelo menos 20% de todo o pessoal; assessoria capaz de desenhar as novas práticas de trabalho; concentração da reforma na estruturação do triângulo de ferro.

A partir do funcionamento do sistema de petição e prestação de contas por desempenho se dará o salto de qualidade da gestão. A partir daí então, está aberto o momento para a consolidação do novo sistema de gestão.

III.4. Considerações Finais sobre o PES

A oportunidade dessa sistematização visa facilitar a compreensão acerca da estratégia aplicada ao HEC, assim como permite reflexões sobre a implantação da lógica de Matus à organizações sanitárias. Nesse sentido, os conceitos e métodos desenvolvidos neste capítulo serão posteriormente retomadas no Capítulo 4, que trata das considerações finais sobre o processo em curso do Hospital Evandro Chagas.

IV

AS EXIGÊNCIAS DE PROFISSIONALIZAÇÃO DO DIRIGENTE HOSPITALAR COMO CONDIÇÃO PARA NOVAS PERFORMANCES GERENCIAIS.

**"A organização será melhor se seus dirigentes forem
melhores"**
Paulo R. Motta

IV.1. Apresentação

O tema da profissionalização gerencial para a área hospitalar, pública em especial, pode parecer simples de ser abordado. Se por acaso a sua importância for questionada tanto para governantes, quanto para teóricos do campo da gerência ou mesmo para os atuais dirigentes, muito provavelmente uma unanimidade seria estabelecida a favor da qualificação profissional. Porque será que tal realidade ainda não ultrapassa algumas poucas iniciativas de formação e talvez, em menor número ainda, sejam as instituições que estabelecem tal princípio para a ocupação de cargos de gestão? O dirigente hospitalar configura ou pode vir a configurar de fato uma área profissional diferenciada? A condição de gerente hospitalar é atributo particular do médico? Que estratégias adotar para desenvolver a competência gerencial hospitalar? Que habilidades devem ser desenvolvidas por este profissional?

A unanimidade nas respostas ficará com certeza restrita à primeira pergunta. Várias possibilidades e mesmo conflitos aparecerão nas demais questões, o que leva a crer que aquele primeiro consenso é frágil e superficial.

Nesse tema, a administração pública nos diversos níveis de governo, ainda vem dando os primeiros passos, assim como também são recentes os debates e iniciativas mais consequentes, ainda que isoladas, sobre modelos gerenciais aplicáveis a hospitais.

Nesse Capítulo, o tema da profissionalização gerencial, é compreendido como uma dimensão estratégica do processo de desenvolvimento de modelos inovativos de gestão para hospitais.

Lidar com esse tema é de algum modo, navegar sem rotas muito precisas. Motta (1991) alerta quanto à ambigüidade e mesmo mistério que cerca a definição da função gerencial, ainda que muito já se tenha estudado. A comparação que este autor faz do gerente com o técnico de futebol é ilustrativa: *"permanecem com as vitórias e se vão com as derrotas"*.¹ Nesse caso, a

¹. MOTTA, P.R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro, Record, 1991. p.19.

comparação é geral, não sendo construída obviamente para dirigentes hospitalares, onde ainda pouco se valoriza tanto as vitórias, quanto as derrotas e mesmo os dirigentes!

A essa altura caberia mais algumas perguntas? Que governante (dirigente) de um time de futebol entregaria seu time de jogadores de nível de seleção a um técnico improvisado? Que conselho de acionistas de uma empresa entregaria a sua gestão a um executivo inexperiente?

Um parêntesis: um hospital de médio porte, com 150 a 200 leitos de média complexidade de atenção, com cerca de 3 funcionários por leito, ambulatorios e, emergência 24 horas, dificilmente, terá um custeio anual menor do que R\$ 5.000 mil(cinco milhões de reais).² Os responsáveis por esse patrimônio, gerentes desse processo de trabalho e desses recursos podem prescindir de estarem capacitados?

Voltando às contribuições de Motta (1991), há que se concordar que a "função gerencial contrasta com outras funções produtivas (técnicas e administrativas), passíveis de definições claras sobre atribuições...." A função gerencial por sua vez, é repleta de dualidades, sendo também, ambígua. Completa o autor:

"Dirigentes,...,não supervisionam rotinas nem lidam com tecnologias específicas; não produzem bens ou serviços quando transacionam com públicos interno e externo...; envolvem-se, todavia, com inúmeras rotinas e técnicas, agindo diferenciadamente quanto à natureza e tempo em cada uma delas".³

Não teria este trabalho a pretensão portanto, de caracterização da função do dirigente hospitalar. Estão aceitas as considerações preliminares de Motta

². Estimativa do autor considerando dados orçamentários de diversos hospitais assemelhados com os quais teve contado nos diversos cursos de gestão que coordenou e exerceu atividades docentes e ainda, em consultorias realizadas.

³. MOTTA, P.R..op.cit. p.20.

(1991), sem que no entanto, isso impeça que se discorra, mesmo em primeira aproximação, sobre a profissionalização do dirigente hospitalar, tomando as perguntas formuladas no início como provocações que ajudam na construção de um roteiro.

A exigência de habilitação profissional é desde já assumida, sendo mesmo referência e condição para o que se espera do dirigente como implementador de novos modelos de gestão e de sua continuada melhoria. A melhor *performance* organizacional pode ser associada à competência do gerente.

A experiência de gestão apresentada neste trabalho seria inviável sem o recurso profissional da gestão devidamente habilitado. Quanto a isso, concorda-se com Matus (1994) quando este estabelece entre as bases para a intervenção e desenvolvimento organizacional, o treinamento de pelo menos 70% dos quadros gerenciais.⁴

O Capítulo está organizado em quatro partes. No início, é feito um breve retrospecto da lógica predominante para ocupação de cargos de direção hospitalar no Brasil, até que o debate da profissionalização comece a ganhar corpo. Em seguida, é apresentado com intuito ilustrativo e para comparação, a lógica de formação, ocupação de cargos e atribuições definidas para os dirigentes de hospitais públicos franceses.⁵ No terceiro momento serão apresentadas algumas idéias sobre habilitação profissional já postas em prática à luz da experiência analisada no Capítulo 1 e defendidas por Matus (1994).

IV.2. Alguns Aspectos Históricos da Função Gerencial em Hospitais Públicos Brasileiros.

O setor público hospitalar brasileiro organiza-se historicamente em torno de três grandes tipos de hospitais: os de tipo asilar (em geral nas especialidades

⁴. MATUS, Carlos. Guia de Analisis Teórico. Caracas, Fundação Altadir, version junio 1994. p.177.

⁵. Um imediato alerta se faz oportuno: não se deve compreender tal exposição enquanto um modelo, mas apenas uma realidade diversa onde alguns pontos serão destacados para efeito de construção de estratégias viáveis na realidade brasileira.

de saúde mental, tuberculose e hanseníase), os hospitais gerais (especialmente previdenciários e universitários) e os pequenos e médios hospitais (maternidades, clínicas gerais, pequenas emergências). É preciso ainda compreender como foram historicamente desenvolvidas as funções de gestão desta rede.

Para o primeiro conjunto de hospitais, aqueles de tipo asilar, havia duas condições especialmente particulares. Primeiro, a natureza quase padronizada do produto hospitalar, uma vez que são hospitais organizados em função de apenas uma ou poucas patologias. Segundo, a sua administração, tendo como base significativo nível de autonomia. A sua condição de isolamento e consequente distanciamento dos centros administrativos, lhes propiciaram grande desenvolvimento administrativo e das atividades logísticas. Eram hospitais de grande porte, pequena complexidade e diversidade assistencial, mas com grande autonomia.

O segundo conjunto de hospitais, de natureza previdenciária, foram desde a sua criação, hospitais de maior complexidade, concebidos para serem referência ao conjunto da comunidade protegida e associada a determinado ramo de produção(banqueiros, marítimos, comerciários, industriários, servidores públicos, etc.), mas ao mesmo tempo inseriam-se numa estrutura organizacional próxima e autônoma, seus institutos mantenedores. Acrescente-se a isso a disponibilidade de recursos destes institutos nas décadas de 50 e 60. Esses hospitais tinham a marca do hospital moderno, onde eficiência e eficácia foram parâmetros para avaliação de sua performance. Eram estruturas bastante vinculadas à lógica econômica vigente - desenvolvimentista.

Ainda neste grupo de grandes hospitais complexos, estão os hospitais universitários. Sua característica histórica foi a de voltar-se para patologias menos prevalentes e captando clientela não inserida economicamente na sociedade.

Finalmente os pequenos e médios hospitais, municipais ou estaduais, quase sempre de pequena e média complexidade, alguns dos quais voltados para

emergência. Neste caso vale registrar que essa lógica era distinta segundo o porte e poder político da municipalidade, sendo o antigo Distrito Federal (Rio de Janeiro) o maior extremo e contando com rede ampla e complexa. Esses hospitais, ainda que não dotados de autonomia, sempre estiveram próximos das instâncias decisórias.

Ainda que tal parque hospitalar nunca tenha alcançado cobertura populacional expressiva, dada sua localização preferencial nos grandes e médios centros urbanos e numa época de urbanização ainda limitada, pode-se aceitar que seu impacto sobre a clientela era satisfatório. Para completar, os recursos financeiros, se não eram ilimitados, permitiram sua expansão e manutenção em termos bastante aceitáveis por longos anos. A expansão da atenção médica-hospitalar de natureza pública se deu neste período(50-65) através de serviços estatais ou previdenciários, ao contrário das duas décadas que se seguiram.

Em todos esses diversos hospitais, o médico sempre foi seu diretor-geral. Não qualquer médico, mas alguém que reunisse credenciais tais como: reconhecida competência na sua especialidade, afinidades político-partidárias e/ou relações pessoais de confiança com os governantes superiores. Em geral a sua experiência gerencial prévia, restringia-se a chefias de serviços médicos intra-hospitalares. No entanto, duas condições básicas o tornava mais "*gerente médico*" do que realmente executivo de toda gestão organizacional. A primeira, derivada da concepção organizacional dicotômica destes hospitais, entre administração e assistência, quando as ações executivas de maior complexidade sempre estiveram nas mãos do administrador. Isso é válido para todos os grandes hospitais previdenciários, universitários ou asilares estatais. Nos demais, uma certa contiguidade com a administração central (municipal ou estadual), também permitiu que este médico-diretor não fosse tão demandado em funções executivas não assistenciais.

O médico-diretor no Brasil, até o final da década de 60, não precisava habilitar-se como executivo organizacional. A sua função era essencialmente a

de ser referência acadêmica e política para dentro e fora da organização. A maior estabilidade e/ou padronização mínima dos processos produtivos organizacionais permitiu até então, a dicotomia e paralelismo dos processos administrativos, vistos como logísticos para os resultados finais organizacionais, estes de caráter assistencial. Aliava-se ainda, relativa disponibilidade de recursos. A crise era algo ainda distante, como também o era a complexidade tecnológica e a pressão diferenciada das demandas.

O final da década de 60 e os 20 anos que se seguiram, são marcados por um processo de grande centralização da máquina administrativa federal, com repercussões imediatas nas suas próprias organizações, como por exemplo a centralização previdenciária e dentro desta a centralização da sua administração, incluindo seus hospitais. De forma indireta, estados e municípios, esvaziados de poder e recursos, também vem aumentada a sua dependência federal.

Ao nível do conjunto dos hospitais públicos, enquanto crescem as pressões por maior complexidade, tanto advindas das ofertas e reais incorporações de tecnologias, quanto pela diversificação das demandas, perdem relativamente em autonomia. Os reflexos sobre a complexificação das atribuições gerenciais são evidentes. O diretor enquanto referência técnico-profissional não é habilitado a lidar com crises que se avolumam e se sucedem. O administrador, esvaziado de poder e envolto em novas interações administrativo-assistenciais, tende a ocupar um espaço limitado de ação. O processo administrativo tem grande parte de seu processo decisório localizado nos níveis centrais. Em termos políticos mais gerais, a década de 70 é marcada pelo modelo médico-hospitalar-privado, com custeio da previdência.

O setor público hospitalar atravessa um período onde investimentos são contidos. Será apenas no início da década de 80, na perspectiva de contornar grave crise de recursos previdenciários e conseqüentemente, de seu modelo de atenção hospitalar, que o setor público passa a ser alternativa para a racionalização de despesas em saúde. Inicialmente com ingestão de recursos

previdenciários nos hospitais universitários, a partir do que, transformam gradativamente seus perfis e passam a atuar com maior cobertura populacional e maior diferenciação assistencial. Em seguida, os sistemas públicos estaduais e municipais também passam a ser financiados parcialmente por estes recursos. Finalmente, boa parte dos antigos asilos ou são fechados, ou entram em fase de transformação para hospitais gerais. A década de 80 marca uma importante transformação no parque hospitalar público brasileiro, como consequência das novas políticas racionalizadoras da atenção. Inicialmente as Ações Integradas de Saúde (AIS), em seguida o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) após 1988.

Todo esse processo causa enorme impacto sobre as expectativas de desempenho organizacional dos hospitais públicos. Crescem ao longo dos anos as preocupações com sua gerência.⁶ Desses hospitais é esperada maior agilidade e diferenciação tanto administrativa, quanto assistencial. A escassez relativa de recursos, juntamente com o aumento e diversificação da demanda por serviços de saúde, impõem uma realidade extremamente turbulenta ao seu funcionamento. Realidade que exige uma nova racionalidade organizacional e gerencial.

Poucos são os hospitais públicos no país que conseguem se firmar enquanto organizações bem sucedidas. Aquelas que o são, encontram parte da "receita" do sucesso no desempenho de seus gerentes. Em termos de modelos organizacionais, tais hospitais também possuem natureza jurídica própria ou associada que lhe conferem relativo nível de autonomia. Finalmente, são capazes de canalizar recursos adicionais, tanto para investimento, quanto para custeio.⁷ Em diversas dessas unidades, o processo administrativo é assumido por profissionais com experiência empresarial comum aos demais setores da

⁶. No início dos anos 80, com política de racionalização dos recursos públicos de saúde, entre eles os hospitalares, o Ministério de Saúde inaugura o processo de transformação de seus antigos asilos, hospitais de fisiologia e saúde mental; a preocupação com sua modernização gerencial é um dos importantes condicionantes da abertura do Curso de Administração Hospitalar inaugurado na Escola Nacional de Saúde Pública em 1984, inicialmente destinado aos quadros do próprio Ministério.

⁷. Essas considerações constam de anotações de aula ministrada por VECINA NETO, Gonzalo junto ao Curso de Atualização de Gestão Hospitalar, ENSP, 1991, coordenado pelo autor.

economia. São hospitais gerenciados com uma nova racionalidade, ainda rara para o setor público brasileiro, especialmente ao tratar-se de organizações de caráter eminentemente social. Por outro lado, tal racionalidade já há muito é conhecida, senão por todas empresas públicas ditas produtivas ou economicamente produtivas, mas em várias delas. Algumas até exemplares, quando comparadas mesmo com o próprio setor privado.

IV.3. O Diretor hospitalar: médico ou gerente?

Historicamente, nem sempre houve uma associação entre o poder médico e o poder de mando mais geral no interior dos hospitais. Considerando o próprio surgimento do hospital, no mundo e no Brasil, como consequência do desenvolvimento dos asilos, é fácil perceber que o médico é um personagem cuja inserção na organização hospitalar se dá tardiamente, ao menos em relação a todo pessoal dito de cuidados com os pacientes, irmãs de caridade e posteriormente, de enfermagem e ainda, do pessoal administrativo e de apoio. São os cirurgiões, não médicos, e sim técnicos, que atuam inicialmente nos hospitais. O médico quando começa a exercer atividades no hospital, o faz na condição de "profissional visitante". O seu local de trabalho ainda é essencialmente sua própria residência. Seu equipamento é o que ele porta em sua maleta médica. É apenas com a incorporação tecnológica de porte (radiologia p.ex.) e diversidade do próprio conhecimento médico-biológico, que a organização hospitalar ganha status de organização médica, passando os próprios conselhos médicos, como na Inglaterra, a definir o caráter da atividade médico-científica no interior do hospital. O técnico cirurgião é o primeiro a desaparecer enquanto atividade que afronta o saber médico. A regulamentação do trabalho médico por seus conselhos alcança legitimidade e legalidade social. O seu saber e o seu poder ocupam e determinam a própria organização do trabalho e a distribuição do poder no interior dos hospitais.

Historicamente a direção hospitalar passa também a ser assumida pelo médico, como forma de legitimação do seu poder. Mas por sua vez, a administração do hospital, compreendendo a capacidade de mobilizar e aplicar recursos para apoio ao trabalho médico permanece nas mãos de administradores. As enfermeiras seguem como responsáveis por boa parte da administração assistencial, compreendendo desde os cuidados, a gestão do pessoal de enfermagem e de boa parte do material médico-cirúrgico. Ao médico é reservado apenas o espaço mais nobre do trabalho hospitalar, o poder sobre a doença. Este é o trabalho nuclear, bastante pessoal e artesanal, de um único profissional e ao mesmo tempo de um profissional cada vez mais diferenciado e especializado. Mas ainda sem perder a sua condição de trabalho artesanal.

O médico é a referência maior do hospital. De local de isolamento ou de cuidados de enfermagem, o hospital passa a ser concentrador do cuidado médico, pessoal ou "armado" de equipamentos.

O médico, de "*profissional visitante*", assume a própria direção hospitalar. É em geral um dos profissionais mais conceituados e experientes do corpo clínico. A sua disponibilidade para gestor hospitalar esbarra no limite da sua própria atividade médica, que não cessa. Ao contrário, o novo título apresenta uma certa condição de "título médico", que o torna ainda mais respeitado enquanto médico, podendo coordenar colegas e ainda, "dar nome" a um serviço ou mesmo "dar renome" ao hospital.

O médico ao se tornar diretor hospitalar, o faz como parte da própria "*carreira*" médica. Ele não se transforma profissionalmente ou mesmo se especializa. Essa atividade é em geral complementar, centrada no bom senso, na sua liderança inata, no seu poder pessoal de congregar e de negociar. A atividade profissionalizada não se desenvolve.

A complexificação crescente da organização hospitalar não poupa a habilidade médica ou inabilidade gerencial de seu diretor médico. Cada vez mais essa convivência dual e "harmônica", se torna inconciliável.

O modelo de gestão dicotomizado entre assistência e administração logística apresenta crescentes limitações para dar conta das novas interações do trabalho hospitalar. A diferenciação do trabalho médico, incluindo especialmente o desenvolvimento dos meios diagnósticos e terapêuticos, torna extremamente onerosa a atividade hospitalar. A necessidade de racionalização e controle de despesas e custos aumentam. As decisões requerem mais e mais uma racionalidade não contida na formação médica ou mesmo em sua experiência profissional. A complexificação do processo decisório se desenvolve com concomitante centralização. Os quadros técnicos gerenciais localizam-se em geral, fora do hospital.

O diretor-médico ao envolver-se em maiores responsabilidades com a condução de sua unidade, afasta-se em geral de suas atividades técnico-profissionais específicas e que tornam-se residuais. Uma opção definitiva e exclusiva pela nova função é rara, ainda que exista. Afinal, o seu status e sua identidade é a de médico. Vale a lógica de que "ele é médico, ainda que possa por vezes, estar gerente!"

Não restam dúvidas de que esse impasse só será resolvido com a legitimidade social e estabilidade da função de dirigente, seja para o médico ou para qualquer outro profissional a quem seja livre o acesso à função de diretor hospitalar. No entanto, é difícil aceitar que a princípio, mesmo na lógica de uma profissionalização gerencial, esta função saia das mãos do médico, como ocorreu na França, conforme apresentado adiante.

IV.4. A Realidade Francesa como Contraponto⁸

As contribuições a seguir ganham significado na discussão de fundo, o desenvolvimento gerencial, se forem previamente aceitas inúmeras diferenças

⁸. Essa parte do texto está baseada no trabalho de LAMY, Yves e BARBOSA, Pedro R.. La Fonction de Directeur d'Hôpital in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien. Rennes, ENSP Éditeur, 1993. pp.135-151.

entre a realidade francesa e a brasileira. Serão ressaltadas apenas aquelas mais diretas ao tema.

O sistema hospitalar francês comporta cerca de 580.000 leitos, dos quais 2/3 são públicos, localizados em 1.059 hospitais e respondendo por 60% das internações.⁹ Para um total de leitos próximo ao brasileiro, há uma relação inversa quanto à participação do setor público.

Por ser um Estado unificado, ao contrário da condição de federação de estados e municípios no caso brasileiro, todos os hospitais públicos são nacionais, isto é, são instituídos por lei nacional e subordinados ao Estado central, ainda que em suas linhas de autoridade superiores existam outros atores, como os "*maires*"¹⁰ ou prefeitos de comunidades, eleitos localmente.

A função do dirigente hospitalar francês deve ser compreendida segundo a lógica de organização do sistema hospitalar como um todo, já que há uma uniformidade para todo o país. Há duas dimensões e conceitos fundamentais para a conformação deste modelo: de um lado, a noção de *autonomia de gestão* e de outro *a tutela do Estado*.¹¹ Essas duas dimensões são construídas historicamente, tendo um marco inicial na desvinculação dos hospitais do poder da Igreja, existente desde a Idade Média. Já "*em 1796, é proclamado o princípio da responsabilidade das comunas sobre os estabelecimentos hospitalares*".¹² O princípio de responsabilidade se traduz mais tarde na lógica de tutela sobre a gestão propriamente dita.

A última edição da Lei Hospitalar, aprovada em 1991, define o hospital enquanto estabelecimento público de saúde, sendo uma pessoa jurídica que

⁹ ROLLET, Christian. Le système Hospitalière Français. in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.p.52.

¹⁰ Na França o "prefet" é um funcionário do Estado central, nomeado para cuidar de assuntos administrativos do governo central a nível da comunidade local; o "maire" é um representante eleito localmente para administração local, sendo este cargo assemelhado ao de prefeito conforme conhece-se no Brasil.

¹¹ MORDELET, P., BRAGA NETO, F.C. e OLIVEIRA, S.G..L'autonomie de gestion. in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien*.Rennes, ENSP Éditeur, 1993.p.94.

¹² MORDELET, P., BRAGA NETO, F.C. e OLIVEIRA, S.G. op.cit. p.93.

dispõe de autonomia administrativa e de autonomia financeira. A autonomia materializa-se no fato de que cada hospital possui autoridade própria e que se expressa em duas dimensões, a do Conselho de Administração e a do diretor do estabelecimento.

O Conselho de Administração é composto pelo prefeito (maire), que é seu Presidente, por outros representantes eleitos das coletividades territoriais,¹³ de representantes regionais da seguridade social, de representantes dos médicos, dos demais funcionários hospitalares e de personalidades qualificadas da coletividade.¹⁴

O Conselho, de acordo com a legislação de 1991,

"define a política geral e delibera sobre a estratégia geral do hospital, os programas de investimento, o orçamento e as proposições de dotação de financiamento, as tarifas dos serviços, as criações ou supressões de serviços, a criação de empregos médicos, as convenções de parceria e cooperação, o balanço social, a tabela de empregos e a política de participação na produtividade, as aquisições ou alienações de imóveis, os empréstimos e o regulamento interno".¹⁵

O Diretor do hospital, que não compõe o Conselho, mas a ele presta conta de seus atos, é o executivo das suas deliberações e ainda decide sobre assuntos não atribuídos ao Conselho. O Diretor é o representante legal do hospital. Dispõe de estrutura administrativa própria, com competências para comprar, vender, contratar, demitir, tomar empréstimos, ordenar despesas de qualquer tipo,

¹³. Representantes eleitos para "assembléias legislativas locais"; esses representantes se aproximam da figura do vereador no Brasil.

¹⁴. O "maire" indica personalidades da coletividade local.

¹⁵. MORDELET, P., BRAGA NETO, F.C. e OLIVEIRA, S.G. op.cit. p.95.

nos limites do seu orçamento e obedecidas as deliberações próprias do seu Conselho de Administração.

A tutela é exercida por organismos da seguridade social, principal financiador de serviços hospitalares e pelo Estado, através de organismos centrais e regionais do Ministério da Saúde. Grande parte dos mecanismos de tutela se dá *à posteriori*. Os instrumentos de controle *à priori*, são especialmente, o orçamento global do hospital e o chamado "*projet d'établissement*",¹⁶ ambos necessariamente submetidos a aprovação de nível central, após deliberação do Conselho por proposição da Direção do hospital. A tutela se expressa ainda nos seguintes campos:

- . recrutamento, formação, nomeação e progressão dos diretores;
- . recrutamento, nomeação e progressão dos médicos;
- . nomeação e verificação das incompatibilidades dos administradores (membros do C.A.);
- . controle de legalidade *à posteriori*, principalmente sobre as compras importantes;
- . fixação de percentuais de evolução das despesas;
- . aprovação *à priori* de certas deliberações entre as quais o orçamento e o projeto institucional.

As dimensões de autonomia e tutela, definem claramente o espaço de atuação do Diretor hospitalar francês. Ele é a autoridade pública que responde jurídica e moralmente perante a sociedade, pela empresa que dirige, seu patrimônio, recursos e resultados. Ele é nomeado pelo Ministro da Saúde após indicação do Conselho de Administração do respectivo hospital.

¹⁶. De forma simples, o "*projet d'établissement*" (projeto institucional), é um processo pelo qual são definidos os objetivos gerais do estabelecimento, no campo assistencial, mas também em campos que dizem respeito à política social, ao sistema de informações, à gestão, etc.. Estes objetivos, que podem ser bastante diversos, devem ser acompanhados dos meios necessários à sua realização, sejam eles recursos humanos, financeiros ou técnicos. in: BURMEISTER, H. e RICHARD, J.. La planification et le management stratégiques, in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien. Rennes, ENSP Éditeur, 1993. p. 108.; maiores detalhes metodológicos sobre a elaboração de um "*projet d'établissement*" podem ser vistos

A função de dirigente hospitalar público é uma realidade na França há mais de 50 anos. Hoje, ela se conforma enquanto uma carreira pública específica, com marcada diferença da função médica.¹⁷

Há uma imediata repercussão sobre a distribuição do poder no interior do hospital. A direção hospitalar configura um poder a mais, ao contrário do Brasil, onde o diretor sendo médico, vai acabar por expressar a extensão do poder médico sobre o hospital.¹⁸ Essa lógica de um poder a mais entre os demais poderes (médico, enfermagem, demais corporações, representações sindicais funcionais, etc.), teria a função mediadora, uma vez que o Diretor representa o próprio Estado no interior do hospital francês. Suas atribuições são as seguintes:

- . ele representa o hospital em todos os atos da vida civil e igualmente na justiça;
- . ele prepara os trabalhos do CA e executa nas deliberações;
- . ele prepara o projeto institucional (projet d'établissement);
- . ele decide sobre todos os assuntos do estabelecimento, que não façam parte daqueles sob a alçada do Conselho de Administração, e assegura a gestão e a condução geral do estabelecimento;
- . ele exerce sua autoridade sobre o conjunto do pessoal dentro do respeito às regras deontológicas ou profissionais que se imponham aos profissionais de saúde;
- . ele recruta, nomeia, avalia o conjunto do pessoal (a não ser os outros diretores e os médicos);¹⁹
- . ele é o ordenador de despesas e das receitas.

Um profissional com as atribuições acima definidas deve ser especialmente capacitado. A École Nationale de la Santé Publique, localizada na cidade de Rennes, órgão autônomo vinculado ao Ministério da Saúde, é

¹⁷. Não é vedada a possibilidade do médico ser diretor de hospital público; apenas para tal, ele deve ingressar na nova carreira, de diretor hospitalar; médicos que fizeram essa opção são raríssimos, mas existem; ver adiante como é o ingresso na carreira de diretor.

¹⁸. DUSSAULT, Gilles. A Gestão de Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Rev. Adm. Publ., RJ, n.2, vol.26, FGV, 1992. p.11.

¹⁹. Essa competência é exclusiva do Ministério da Saúde.

responsável pela formação de todos os diretores de hospitais públicos franceses depois de 1960. O ingresso na carreira de diretor hospitalar se dá a partir de um concurso público nacional, anualmente realizado para o curso de formação profissional a cargo da ENSP-Rennes. Já durante o curso, o aluno-diretor encontra-se no primeiro estágio da carreira pública de diretor hospitalar. A formação dura 27 meses, intercalando momentos de estágios em hospitais e empresas de outros ramos econômicos com momentos teóricos no interior da École.

IV.5. Estratégias de Profissionalização: a dimensão da formação e a dimensão das instituições.

Devido ao conjunto de fatores intervenientes sobre o desempenho das organizações e o alcance de resultados de qualidade, está perfeitamente claro, que a prática gerencial não profissionalizada, por mais experiência que contenha, não será suficiente para o adequado desempenho organizacional, quaisquer que sejam as condições ambientais a envolver a organização.

A complexificação crescente dessas organizações e de seu meio ambiente não permite mais que as ações e decisões de seus dirigentes sejam fundamentadas exclusivamente no bom senso e nas experiências passadas, que apesar de importantes, não são suficientes.

A profissionalização do gerente significa o processo de habilitação, tomando como referência um rol de conhecimentos e habilidades particulares, possíveis de serem desenvolvidas em programas de formação. Mas a profissionalização apenas se confirma, quando a competência específica encontra espaço socialmente definido para a sua prática, valorizando-a na sua especificidade, uma vez que cumpra uma razão de ser própria, seja socialmente demandada e institucionalmente legitimada. A profissionalização tem duas dimensões, uma ao nível da formação, outra ao nível institucional, enquanto função profissional. A sua interdependência e potencialização deve ser evidente.

Na França, essa relação biunívoca encontra-se formalmente definida - existe a carreira de diretor hospitalar. Esse processo no entanto, não impõe tal formalização, mas deve conter níveis significativos de legitimidade. Como dar conta dessas duas dimensões, será visto em seguida.

Quanto à habilitação gerencial, Motta (1991) identifica algumas qualidades básicas da função, mas que, apesar de necessárias, são insuficientes para o adequado exercício da função. São elas:

- . o bom senso: apesar de requisito para qualquer atividade importante, é insuficiente para lidar com a complexidade dos sistemas organizacionais modernos;
- . a autoridade do cargo: se por um lado a autoridade do cargo é fonte de legitimidade e de poder, é também limitada para dar conta do comportamento administrativo dos indivíduos, já que grande parte dos fatores que condicionam a prática de trabalho é incontrolável pela autoridade hierárquica;
- . a qualidade da decisão: necessária sem dúvida, mas não traz consigo a garantia da implementação, que é um processo sujeito às mesmas influências técnicas e políticas da decisão;
- . os conhecimentos de procedimentos burocráticos: conforma uma ajuda importante, mas pouco tem a ver com a capacidade de decisão e inovação, habilidades gerenciais modernas.²⁰

Outra questão bastante atual, diz respeito às diferentes competências segundo os níveis de gestão. Motta (1991) afirma que,

*"se níveis hierárquicos e sistêmicos são mais ambíguos e imprecisos, e funções gerenciais antes consideradas típicas de um nível hierárquico, compõem hoje em dia, partes importantes de atividades de outro, pode-se concluir que não há mais base lógica para separar formação gerencial de forma rígida e tipificada por níveis..."*²¹

Assim, propõe o autor que todos os profissionais de gestão sejam capacitados segundo a perspectiva clássica dos dirigentes de alto nível. Assume-

²⁰. MOTTA, P.R. op.cit. p.33-34.

²¹. Idem.Ibidem. p.37.

experiências, mas também por uma formação específica, através do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e de novas atitudes.²⁵

Tanto nas compreensões de Motta (1991), quanto de Dussault (1992), as respectivas dimensões não devem ser pensadas ou desenvolvidas isoladamente. Essas dimensões arbitrariamente distintas entre conjuntos de conhecimentos e habilidades, são na prática, complementares e mutuamente determinadas.

Também é necessário o alerta de que todos esses domínios podem ser extremamente vastos, sendo necessária adequada identificação de seus limites. Especificamente nos campos da estratégia e da racionalidade administrativa, Motta (1991) acredita existirem técnicas em grande número, não sendo necessário que todas sejam do domínio do dirigente ou mesmo que venham a fazer parte do seu cotidiano. Ao nível específico da estratégia, o objetivo é o desenvolvimento

"da capacidade de pensar estrategicamente, ou seja, de ter visão do futuro e do grande escopo, de usar análises racionais e métodos intuitivos e de lidar com o incerto, o imprevisto e o não familiar".

O domínio das técnicas pode e deve ser limitado, *"o suficiente para ajudá-los a desenvolver a visão estratégica da organização".*²⁶

Faz-se uma ressalva quanto ao domínio do método de planejamento estratégico-situacional desenvolvido no Capítulo II. Não se propõe o seu domínio integral pelos dirigentes, ainda que em muitos casos seja imperioso o conhecimento de grande parte do método, especialmente para os casos em que houver o propósito de implementação do sistema de gestão que emana daquele método. No entanto, mesmo nesses casos, toda a metodologia deverá envolver processo concomitante de assessoria e treinamento gerencial. Os dirigentes, não poderão prescindir porém, de conhecimentos e habilidades mínimas para desenvolver o pensamento estratégico, conforme assinalado por Motta (1991).

²⁵ DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.

²⁶ MOTTA, P.R. 1991, op.cit. p.39.

O mesmo raciocínio o autor desenvolve em relação a dimensão da racionalidade administrativa, área de ênfase na formação de administradores, onde

"os dirigentes devem obter informações sobre algumas técnicas fundamentais, não para praticá-las, mas para familiarizarem-se com suas dimensões básicas e saber utilizar com mais eficiência os especialistas da área".²⁷

Entre as técnicas mais essenciais e oportunas para a ação do dirigente, pode-se citar aquelas relativas à orçamentação (incluindo noções sobre custos), gestão de operação logísticas (especialmente aquisição de materiais e serviços) e mobilização de recursos humanos (especialmente avaliação, desenvolvimento e motivação).

Já o processo decisório organizacional, que contém as duas dimensões anteriores, também é condicionado *"por elevadas doses de ilógica"*. O dirigente deverá estar habilitado não apenas acerca dos aspectos formais e previsíveis do comportamento organizacional, mas também devem se familiarizar com as dimensões do informal e do imprevisto presentes no meio organizacional.

Motta (1991) destaca conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento da liderança e das capacidades interpessoais, essenciais para a eficácia gerencial.²⁸

Dussault (1992) diz que o dirigente habilitado deve ser capaz de *"ler"* a sua organização, sendo capaz de compreender a sua dinâmica, os seus condicionamentos mais expressivos. Para os hospitais, essa competência supõe

"entender o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente, as necessidades da comunidade e a sua distribuição e evolução".²⁹

Essa é a primeira condição para conduzi-la. Mas o dirigente, segundo esse autor, deve também ter a capacidade de *"adaptação"*, sendo capaz de enfrentar

²⁷. Idem. Ibidem. p.39.

²⁸. Idem. Ibidem. p.42.

²⁹. DUSSAULT, Gilles.op.cit. p.16.

se que em qualquer nível, mas especialmente em decorrência dos processos de descentralização, *"todos os gerentes cumprem funções voltadas primordialmente para o direcionamento da organização"*²²

Essas funções envolvem conhecimentos e habilidades passíveis de serem aprendidas e que não são fruto de aquisição decorrente da experiência e do bom senso. O mesmo autor identifica 4 tipos de conhecimentos e habilidades, com os seguintes respectivos significados:

- . estratégia: conhecer, desenvolver alternativas e responder demandas, necessidades e apoios comunitários;
- . racionalidade administrativa: agir segundo etapas de uma ação racional calculada;
- . processo decisório organizacional: tomar decisões, interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem;
- . reativar e reconstituir constantemente a idéia da missão e dos objetivos comuns, conduzindo as pessoas a ação cooperativa desejada.²³

Dussault (1992) faz proposições bastante assemelhadas, ainda que com outros recortes. Diz este autor que impõe-se desenvolver a competência gerencial entendida em três dimensões:

*"os conhecimentos ou nível do saber, que dizem respeito as teorias, conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção, as organizações; as habilidades ou nível do saber fazer, isto é, a capacidade de se utilizar do saber para analisar as situações, diagnosticar os problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho, gerir o pessoal; as atitudes ou o nível do saber-ser, isto é, as disposições compatíveis com uma gerência eficiente, como a abertura de espírito, a empatia, o pragmatismo e o sentido ético"*²⁴

A competência do gerente será então determinada por um conjunto de fatores pessoais, inatos e intuitivos, além de outros adquiridos em suas

²² Idem. Ibidem. p.37.

²³ Idem. Ibidem. p.38.

²⁴ DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.

situações inesperadas e para elas preparando-se. Essa capacidade coincide com a dimensão estratégica de Motta e se traduz na competência para *"saber definir objetivos e estratégias e divulgá-los, tanto para dentro como para fora da organização"*.³⁰

Esse autor também afirma que ao nível técnico específico, não há necessidade de conhecimento especializado sobre cada área de gestão ou produção de serviços de saúde. O conhecimento deve ser suficiente para que se entenda o que seus especialistas fazem, sendo capaz de com eles interagir.³¹

Dussault arremata suas idéias afirmando que são oportunos os programas de formação que ajustem desenvolvimento de capacidades analíticas com possibilidades intervencionistas, que aliem competência docente a experiências gerenciais. Essa compreensão se ajusta adequadamente ao seguimento desse texto.

O processo de desenvolvimento gerencial não é dependente exclusivo da habilitação gerencial, como se esse fosse um processo exclusivo de natureza acadêmica, afastado do espaço concreto da prática da gestão. A contraparte institucional deve também existir, o que significa dizer que a formação gerencial modifica, transforma a realidade de gestão, mas os sistemas de gestão, seus instrumentos, o espaço de atuação do gerente, também deve ser modificado, potencializando e conferindo razão de ser à competência profissional.

O maior obstáculo para essa contrapartida institucional a esse processo de desenvolvimento gerencial, ainda é a grande dependência de seus hospitais dos níveis decisórios centrais. A governabilidade dos dirigentes hospitalares encontra-se de maneira geral, bastante reduzida. Conferir maior autonomia às organizações hospitalares públicas, nos três níveis de governo, é uma condição para maior agilidade e capacidade de resposta às pressões sobre a gerência local.

³⁰. Idem. Ibidem. p.16.

³¹. Idem. Ibidem. p.17.

O argumento comumente usado de que não há competências e instrumentos locais para a descentralização será entendida como desinteresse em querer fazer.

Mas de que autonomia se está falando? Nos últimos anos não são poucas as iniciativas sobre estratégias e formas jurídico-institucionais sobre como conferir maior autonomia aos níveis locais de gestão. Esse é um debate próprio de toda a administração pública. Na área hospitalar, diversos encontros e seminários vem tratando desse tema.³² Não é intuito desse trabalho entrar no mérito das diversas alternativas que vem sendo levantadas, mas concordar que é preciso conferir maior autonomia administrativa e financeira às organizações hospitalares. Trata-se de uma condição para o desenvolvimento do campo da gestão e naturalmente, para a ação dos dirigentes locais.

É preciso ter claro também que qualquer processo de descentralização e maior autonomia local deve significar também uma revisão das funções dos organismos centrais e em última instância, uma revisão nas relações entre organizações subordinadas, ainda que autônomas, e o próprio Estado, conformando uma nova administração pública e novos instrumentos de relacionamento entre a autonomia e a coordenação do Estado.³³

³². Sobre esse assunto, em 1990 a ENSP/FIOCRUZ-FUNDAP e em 1991 a OPAS/INAMPS, realizaram encontros técnicos com inúmeras contribuições de grande número de acadêmicos e dirigentes acerca de estratégias e fórmulas para obter-se maior autonomia de gestão em hospitais públicos; podem ser citados os seguintes trabalhos, como ilustrativos dessa discussão: ANDRADE, Luciano B. Um Modelo de Gestão para Instituições Públicas de Saúde, mimeo.; ARRUDA, D. e MANDELLI, M. Gestão de Estabelecimentos Públicos de Saúde no Brasil, mimeo.; GUIMARÃES, Aloísio. A Autonomia de Gestão dos estabelecimentos Públicos de Saúde, mimeo.; LOBO, T. e AZEREDO, B. Gestão de Estabelecimentos Públicos de Saúde, mimeo.; todos produzidos especialmente para a Oficina de Trabalho promovida pelo INAMPS/OPAS sobre a Autonomia de Gestão dos Estabelecimentos Públicos de Saúde, Brasília, 1991.; há ainda os trabalhos de MALIK, A.M. e VECINA NETO, G. Desenhando um Caminho Alternativo para a gerência de Serviços de Saúde. São Paulo, mimeo, 1991.; ENSP/FIOCRUZ. Da Autonomia de Gestão de Estabelecimentos Públicos na Área de Saúde: a busca da eficiência e da qualidade nos serviços de saúde. RJ, mimeo, 1991.; recente seminário, já próximo do fechamento deste trabalho (março/95) foi promovido pelo Ministério da Saúde para analisar 4 experiências gerenciais hospitalares: o modelo do Instituto do Coração - USP/São Paulo, o modelo do Sarah de Brasília, o modelo do Hospital Geral de Fortaleza e o modelo do Hospital Universitário de Porto Alegre.

³³. Quanto a possíveis lógicas de relacionamento entre organizações públicas com autonomia e o Estado, destaca-se o estabelecimento de *contratos de gestão* entre as partes, onde resultados são pactuados, com os respectivos meios para alcançá-los e níveis de autonomia são reforçados; ver sobre isso diversas publicações da Fundação Escola Nacional de Administração Pública-ENAP/DF e Fundação de Administração Pública-FUNDAP/SP; O Contrato de Gestão no Serviço Público. Brasília, ENAP, 1993.;

A autonomia de gestão é uma característica que não pode ser vista sem a contrapartida de manutenção do sistema. Essa autonomia, possível segundo formas jurídicas diversas, deve ser acompanhada de medidas que reforcem as funções de tutela, no que diz respeito à compatibilidade dos produtos organizacionais com os objetivos assistenciais do sistema, ao acompanhamento e controle da performance quanto a eficiência e eficácia no alcance dos resultados esperados pelo hospital e finalmente, no reforço do compromisso social de cada organização, através da transparência de suas ações e acesso às demandas da sociedade civil organizada.

Particularmente para a gestão interna do hospital, a lógica de autonomia enriquecerá as atribuições da sua gerência. A complexidade da realidade a ser gerenciada poderá ser enfrentada com novas possibilidades de intervenção dos executivos internos ao próprio hospital. Esse campo de ação deve representar não apenas a possibilidade e capacidade de mobilização de recursos, mas especialmente a organização da atenção hospitalar, compreendendo estruturas de mando, sistemas de informações, sistemas operacionais, coordenação de atividades e equipes, comunicação externa e interna, planificação, avaliação e controle.

Aqui insere-se outro componente da dita dimensão institucional e específica para as organizações hospitalares, que é o próprio sistema de gestão, agora já assumido em bases de maior autonomia. Mas será preciso conferir a este sistema, as especificidades necessárias à condução daquelas organizações. Esse tema já foi explorado nos capítulos anteriores, sendo suficiente por ora a compreensão defendida de que a estratégia institucional para alimentar o processo de profissionalização de seus gerentes deve estar amparada na transformação dos sistemas gerenciais de seus hospitais, abrindo espaço e valorizando a competência profissional advinda das linhas de formação.

IV.6. A Formação dos Dirigentes do HEC³⁴

Três dirigentes do HEC já foram formados em gestão hospitalar em curso oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ. Algumas considerações sobre essa linha de formação e particularmente sobre sua metodologia, ilustram a estratégia de desenvolvimento gerencial defendida anteriormente.

Para a caracterização dessa formação é oportuno retornar-se um pouco na história, para localizar os seus antecedentes.

A ENSP forma profissionais especializados em gestão hospitalar desde 1984. No primeiro curso realizado, houve uma motivação associada ao processo de transformação assistencial dos antigos asilos do Ministério da Saúde, o que gerou uma prioridade para treinamento de clientela daqueles hospitais. No entanto, o caráter institucional desse e dos demais cursos que se sucederam até 1991, não garantiram maiores repercussões aos hospitais dos alunos egressos.

A lógica de formação de então, em nada diferia de um processo clássico de formação, enfaticamente teórico, disciplinar e pouco comprometido com as distintas realidades dos alunos, vindos de diversas organizações, federais, estaduais e municipais, sempre de natureza jurídica pública. Também não havia restrição a candidatos que não estivessem ocupando cargos gerenciais. A captação de gerentes de alto nível era praticamente nula, uma vez tratar-se de linha de formação em período integral ao longo de 4 meses.

Essa linha de cursos experimentou ao longo dos anos algumas pequenas, mas constantes mudanças. De maneira geral, a sua maioria em direção a uma maior ênfase na prática administrativa. Preocupações crescentes com organização de serviços hospitalares e na perspectiva de captação de clientelas mais estratégicas, foram determinantes para mudanças mais significativas. Já em 1989 e 1990, dois cursos de curta duração (aperfeiçoamento), foram organizados

³⁴. Este relato é baseado na vivência do próprio autor, que trabalha no Núcleo de Administração de Serviços/ENSP, responsável pela área de gestão hospitalar, desde a sua organização em 1983, tendo coordenado vários cursos e participado de todos os demais.

especialmente para dirigentes que estivessem no exercício da função gerencial ao nível do primeiro escalão de hospitais públicos. Ainda sem ênfase na prática, mas organizado em torno de temas relevantes para o dia-a-dia gerencial, essa modalidade de curso antecedeu o formato inaugurado em 1992 e que vigora até então.

A linha de formação atualmente desenvolvida possui pelo menos dois grandes determinantes. De um lado, a experiência acumulada nos anos anteriores, que desaguava especialmente numa forte motivação para superação de algumas limitações: a indefinição em relação à clientela, o distanciamento da prática gerencial e de seus problemas e o relativo descompromisso com impactos da formação nas realidades hospitalares dos egressos. De outro lado, em 1991, a ENSP/FIOCRUZ estabelece um Convênio de Cooperação Técnica com a École de Rennes, especificamente para intercâmbio profissional na área de formação em gestão hospitalar.³⁵

Um novo curso foi organizado, procurando obedecer a novas estratégias e tendo os conteúdos bastante reformulados. A marca inteiramente nova ficou por conta da sua metodologia e da definição e captação da clientela.³⁶

Essa nova linha de formação, foi pensada como uma contraparte acadêmica do *projeto* maior de desenvolvimento dos sistemas gerenciais de hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde.³⁷ Essa concepção impunha

³⁵. Em 1990 o Ministério da Saúde estabeleceu uma cooperação com o governo francês na área de gestão hospitalar, aberto no ano seguinte em 4 sítios-pilotos (Hospital Raphael de Paula Souza/Ministério da Saúde/RJ, Hospital Santa Catarina/Sec.Saúde/Natal, Hospital do Portão/Sec.Saúde/Paraná e Instituto de Medicina Tropical/Sec.Saúde/Amazonas) para 4 hospitais recebessem apoio de consultores brasileiros e franceses no sentido de desenvolverem seus sistemas gerenciais; este projeto também propunha a formação gerencial de dirigentes desses hospitais, tanto na França quanto em núcleos formadores no Brasil; a ENSP chamada a colaborar no projeto, assumia um papel diferenciado: no ano seguinte (1992), formar profissionais dirigentes desses 4 hospitais (sítios-pilotos) e ao mesmo tempo treinar docentes de centros de formação "associados" aos hospitais, de modo que nos próximos anos, esses próprios núcleos passassem à condição de centros formadores e de treinamento gerencial em consórcio com cada hospital, que por sua vez, com a consultoria em curso, deveriam apresentar novas condições de gestão.

³⁶. As colocações referentes a atual linha de formação estão baseadas em documentos de organização e divulgação do Curso, especialmente: ENSP/FIOCRUZ, Curso de Especialização em Gestão Hospitalar - Cooperação Técnica ENSP/Rennes. Documento Síntese, mimeo, 1992.

³⁷. O termo projeto neste caso, não significa a sua existência real, atribuível a um dado ator, mas sim uma proposta ainda difusa que encontra algum apoio real em poucos atores; na verdade a ENSP propõe a outros parceiros institucionais a construção desse projeto, na medida em que se engajem no Curso.

limites claros à clientela do curso, agora não mais assumida como "*profissionais avulsos interessados em gestão hospitalar*", mas especificada enquanto "*profissionais que desempenhem funções na alta direção de hospitais de média e grande e complexidade vinculados ao SUS*". Mas também não era propósito receber candidatos de quaisquer hospitais, de modo que também especificou-se um processo seletivo em que "*o próprio hospital estava sendo selecionado*", uma vez que deveria estar manifesto formalmente por dirigentes da instituição mantenedora do hospital que "*há processo em curso para desenvolvimento gerencial da organização*", ainda que tal não se apresentasse com processo claro e formalizado. Pretendeu-se assim, realçar um dado compromisso institucional marcando uma posição difundida pelo curso já no processo de seleção, de que a contraparte institucional, com necessária definição de propósitos para a mudança gerencial na organização era um pré-requisito, assumida que estava a concepção de que a formação profissional é limitada para promover mudanças *per si*. Ao contrário, o processo de formação pode contribuir para melhor sistematizar processos de transformação, potencializando-os. Ainda que seja limitada a possibilidade de aferir a existência de diretrizes e práticas institucionais favoráveis à mudança, a não ser que estejam em franco desenvolvimento, o processo seletivo consta até hoje de uma etapa de conhecimento da realidade hospitalar do candidato, de modo que essa dimensão pode excluir candidatos, mesmo que tenham o cargo mais elevado na organização.³⁸ Diz-se que não há apenas uma seleção dos candidatos, mas também de seus hospitais.

A outra dimensão inovadora fica por conta da metodologia de formação, que aliada a determinados conteúdos específicos, confere uma característica própria ao curso. Desde o primeiro curso em 1992, nos momentos intermodulares (a concentração teórica se dá durante uma semana por mês na ENSP, durante 8 meses, de modo que entre cada módulo restam em média três

³⁸. O Curso já deixou de receber candidatos que estavam em função de direção de hospitais, por seus hospitais estarem imersos em inércias organizacionais marcadamente advindas de ausência de propostas e ações transformadoras.

semanas, que o aluno-diretor retorna às suas funções de trabalho), os alunos-diretores têm oportunidade de começar a desenvolver novas práticas dentro de suas funções de origem. Amparado na metodologia do planejamento estratégico-situacional de Matus, eles são orientados para transformação de seus sistemas gerenciais. Ao final do curso devem ter experimentado na sua realidade a partir de problemas *situacionalmente* postos, boa parte do arsenal metodológico e dos conceitos que alicercem uma nova cultura gerencial em seu hospital. O propósito é o mesmo que se processou no Hospital Evandro Chagas. Para isso, cada aluno-diretor conta com supervisão especializada na metodologia, ao longo de todo o curso. Ressalve-se que tal supervisão não se conforma enquanto assessoria técnica ao hospital, como no caso da prestada pelo autor ao HEC.

No campo dos conteúdos, há uma atenção às considerações de Motta (1991) e Dussault (1992), este último tendo participado diretamente da equipe de organização do primeiro curso. Os docentes franceses tem participação em conteúdos de natureza técnica inovativa, na perspectiva de se conhecer e adaptar-se práticas já consolidadas nos hospitais daquele país.³⁹

Hoje o programa já conta com cursos em semelhantes bases, descentralizados nas cidades de Fortaleza (realizando o terceiro), Belo Horizonte (realizando o terceiro), Recife (realizando o primeiro) e tendo sido realizado em 94 um curso em Belém. Todos esses cursos são chancelados pela Escola do Rio, que mantém importante supervisão sobre eles e obedecendo à regra de que para a abertura de cada curso descentralizado é condição básica a sua coordenação local por docente e/ou dirigente formado no curso do Rio de Janeiro.

³⁹. Os conteúdos dos professores da École de Rennes foram escolhidos com conhecimento prévio por parte de professores da Escola do Rio; inicialmente tratou-se das áreas de orçamento e custos e gerência de recursos humanos; nos cursos seguintes- terceiro e quarto- a contribuição se deslocou para as áreas de gestão logística e tecnológica e, gestão da qualidade; para cada docente francês sempre há um correspondente brasileiro da mesma área, de modo que se possibilite uma transferência gradativa de conhecimentos e métodos; docentes brasileiro também realizaram estágios na École de Rennes e hospitais franceses, para contato direto com aquela realidade.

Esse programa já formou 200 (duzentos) dirigentes, relativos a 55 hospitais. Não há dados precisos disponíveis, mas estima-se que entre 70 e 80% dos egressos continuem em cargos de direção nos seus ou em outros hospitais. Igualmente, a maioria dos hospitais seguem linhas de aprimoramento de seus mecanismos de gestão, ainda que não necessariamente debaixo das lógicas preconizadas nos cursos.

Os dirigentes do HEC foram formados no curso de 1993 (hum), de 1994 (dois) e para 1995 (há dois novos candidatos). Exceto o primeiro profissional formado, que saiu do Hospital para ocupar função de direção junto ao Conselho Nacional de Pesquisas, os demais estão em funções típicas de gestão, fazendo parte hoje do Núcleo Diretor e sendo os responsáveis internos pelo processo em curso, na condição de técnicos especialistas no sistema em desenvolvimento. Os candidatos para 1995 são membros do Conselho Departamental, que já cumpre as funções de um colegiado de gestão.

Tem-se claro que há deficiências e limites a serem considerados nessa prática de formação. A formação de um novo profissional é algo complexo, demandando novas habilidades cognitivas, analíticas, relacionais e de ação.⁴⁰ O curso ainda enfatiza as duas primeiras, ficando as duas seguintes dependentes da evolução do trabalho inter-modular, que se dá de modo mais distante.

Nesse período de cursos, também aparece com muita clareza as limitações para se trabalhar com profissionais imersos de longa data em culturas organizacionais centradas no improviso gerencial, no ir fazendo e na experiência acumulada. De maneira geral, não tem sido simples "abrir as cabeças" e trabalhar as estruturas mentais, conforme salientado por Matus. Por tudo isso, é que salienta-se o binômio formação-projeto de gestão, um de caráter mais acadêmico e outro eminentemente institucional, mas com suas dependências mútuas. A possibilidade de assessoria a hospitais envolvidos no curso parece se

⁴⁰. MOTTA, P.R. op.cit. p.28.; essas dimensões são análogas àquelas definidas por Dussault, que são: *a do saber, do saber fazer e do saber ser* - ver referência 24 deste capítulo.

conformar enquanto a terceira dimensão que ajuda no amálgama da transformação real, de modo a possibilitar consolidação de novas práticas no interior do hospital e que se expressem em novas formas organizativas.

V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

V.1. O Processo Apenas Iniciado

Qualquer processo de mudança é marcado por incertezas. Ainda que se desenvolva sob a ótica de modelos e objetivos adequadamente formulados e até mesmo já experimentados em outras realidades, não há como predizer o que se terá pela frente. Um processo de transformação organizacional na abrangência proposta para o HEC desnuda muitas inseguranças, riscos e naturalmente, incertezas. Os elementos a contribuir para esse quadro são de diversas ordens. Neste Hospital, uma certa tradição na organização, será questionada pelo processo de mudança. O tempo de existência da organização, e o HEC existe há 77 anos, tende a cristalizar realidades. No caso, há internamente uma cultura relativamente consagrada, um hospital para pesquisadores e dirigido por pesquisadores.

Trata-se portanto, de um processo de mudança numa organização que ostenta determinados valores. E essa condição não pode ser desconsiderada. Ao contrário, a sua observação deve orientar a estratégia de mudança.

A maturação de uma nova realidade organizacional no HEC será portanto, lenta. A ênfase nas práticas, nas estruturas mentais e não nas formas organizativas pressupõe alguma paciência para que se visualize outra realidade, ao mesmo tempo em que o novo vá sendo construído diariamente.

Por isso, qualquer avaliação sobre a experiência do Hospital Evandro Chagas, recém iniciada, será por ora limitada, sendo os elementos de análise ainda parciais. Embora obedeça a estratégias e modelos já desenvolvidos com sucesso em organizações públicas de saúde, a transformação do modelo de gestão do HEC é diversa pelo seu contexto e não permite por enquanto, conclusões mais seguras. O que se pode perceber, é um grande envolvimento e mobilização de muitos gerentes e funcionários. Trata-se de uma experiência cujo intento não está limitado a uma mera formalização de um novo modelo, mas a uma nova prática gerencial que emergja de modo a permitir o desenvolvimento do dito

modelo. Não é portanto, um processo de simples reforma administrativa, onde se poderia alcançar produtos mais definitivos no curto prazo. O que se pretende está baseado no plano de hábitos e valores, construídos em torno de determinadas concepções gerenciais, aplicáveis a um tipo particular de organização: um departamento de pesquisa/hospital. Mas é lógico, ao mesmo tempo é preciso alcançar resultados no curto prazo, que viabilizem novas mudanças, novos compromissos e novas práticas. É um processo onde se busca o melhoramento contínuo.

Os primeiros indicadores apresentam sinais de melhoria do desempenho, ao mesmo tempo em que desnudam novos problemas. A estrutura da Direção começa a se modificar, assim como as funções dos dirigentes subordinados, que organizam-se para acompanhamento cotidiano das tendências dos indicadores.¹

O fato da Presidência da FIOCRUZ ter iniciado um processo com o objetivo de avaliar as suas unidades com base em sistemas de indicadores de resultados, traz com certeza uma valorização do processo inaugurado no HEC. Ao mesmo tempo define para um prazo médio, a necessidade do HEC prestar contas externamente por seu desempenho. Isso é positivo e deve não apenas ser considerado pelo novo sistema de gestão, mas dele fazer parte, assim como outras dimensões de avaliação ainda não abertas, como por exemplo, que identifiquem resultados organizacionais junto a seus clientes.

O maior desafio para o HEC ao fim deste primeiro momento, parece estar localizado na sua capacidade de manter o processo em andamento. Seriam duas as maiores exigências a condicionar esse seguimento. De uma lado, a ação dos dirigentes do Hospital que, por sua vez, não é única e exclusivamente dependente de vontades, mas também de competências. Igualmente, os resultados parciais precisam ser encorajadores.

¹. Vários serviços já implantaram "cartas de monitoramento de tendências" de indicadores sob sua responsabilidade e também já utilizam de técnicas mais simplificadas de análise de problemas, tipo "diagrama causa/efeito".

Acredita-se que tais condições estejam sendo construídas. Percebe-se, claramente, que alguns gerentes já mostram habilidades diferenciadas e certa clareza sobre a continuidade do processo.² As tendências quanto ao alcance e até superação de diversas metas são igualmente animadoras.

Outros desafios referem-se à necessidade de contemplar no modelo em implantação, as especificidades exigidas por uma organização profissional de natureza pública, face aos seus condicionamentos particulares. Atenção e criatividade são importantes para dar conta da coordenação do trabalho mais essencial(a pesquisa aliada a assistência médica) do HEC e de seus profissionais, tido talvez como o ponto mais crítico e delicado desse processo. Nesse sentido, as propostas de Matus podem ser adaptadas, como consideradas adiante.

A equipe de Direção iniciou mais recentemente, um processo formal de problematização da missão e objetivos do HEC, a partir de conflitos ainda latentes no campo da definição de prioridades assistenciais e de pesquisa. Vale dizer que a própria Direção espera, no curto prazo, difundir um amplo processo de envolvimento de todo o Hospital buscando uma maior institucionalização da missão e dos objetivos do Hospital, assumindo portanto, as possibilidades de sua redefinição. Com isso, a Direção está preocupada em consolidar uma forte coalizão interna, capaz de articular coalizões externas mais amplas e que contribuam para o desenvolvimento do Hospital.

A Direção do HEC, quando atua sobre duas frentes: buscando maior clareza da missão e de seus objetivos e ao mesmo tempo o alcance de resultados, o faz conscientemente. Os dois processos que interagem fortemente - de um lado, o esforço por elevar o grau de responsabilidade com os resultados e, de outro, a definição mais precisa e institucionalizada da direcionalidade - correspondem aos alicerces mais condicionadores do novo sistema de gestão que vai ganhando vida no interior da organização.

². Dois outros dirigentes do HEC devem iniciar em 1995 suas formações na Escola Nacional de Saúde Pública, em seu Curso para gerentes hospitalares; a metodologia central do Curso está em inteira consonância com os métodos e o modelo pretendido para o HEC, conforme visto no Cap. III.

V.2. O Necessário Enriquecimento das Contribuições de Matus

Não se pode afirmar que haja por parte dos dirigentes do HEC, domínio do método desenvolvido, assim como não é plena a concepção do sistema de gestão em processo de desenvolvimento e implantação. Há dois determinantes para isso. Um primeiro se prende a uma cultura de gestão historicamente assentada no imprevisto, onde níveis de racionalidade maiores não passariam de momentos episódicos, especialmente quando demandados externamente, como no momento da formulação da proposta orçamentária, cujo processo é definido pela Presidência da Fiocruz. Acreditar e querer em definitivo uma nova prática, ainda parece um tanto o quanto distante. Para alguns no Hospital, seria uma realidade a ser alcançada em hospitais de maior porte, "mais semelhantes a empresas".

Inegavelmente, como segundo determinante, há que se reconhecer a complexidade do processo, onde a metodologia é sofisticada e chega a parecer inalcançável para pessoas que não se submetam a uma formação específica. Exige-se mais treinamento, mais capacitação, sem dúvida, mas também alguma dose de simplificação, o que é preciso ser feito com cuidado, para não mutilar o método e comprometer seu potencial. A grande abrangência do método, o diferencia, sem que caia em generalidades. O seu poder de sistematização, que perpassa diversas dimensões presentes no mundo organizacional, permite aberturas para intervenções múltiplas. Com o seu domínio, o gerente pode realmente construir e implementar projetos de gestão. A ênfase nos resultados associada aos princípios de direcionalidade organizacional são alicerces para emergentes sistemas de gestão. Se essas compreensões não são exclusivas ou mesmo originárias do pensamento de Matus, a ele pode ser dedicado um crédito pela interessante operacionalidade dessas formulações.

A destacar ainda nas suas contribuições o tratamento que confere ao campo do planejamento. Se para esta dissertação Matus é referência por seus

trabalhos em relação ao aperfeiçoamento dos sistemas de gestão de organizações complexas, não pode deixar de ser considerado que seu ponto de partida é o planejamento. Ainda que não seja objeto para maiores análises, Matus acaba por contribuir de modo significativo para uma maior convergência de dois domínios do conhecimento com histórica dicotomia, o planejamento (social) e a administração.

Na verdade, Matus tem sofisticado ainda mais suas formulações, tornando o método mais articulável com outras abordagens e práticas comumente aplicadas à gestão, mas que não são aqui tratadas. Recente texto, articula de modo muito interessante por exemplo, o planejamento estratégico-situacional com a reengenharia em organizações públicas. Nesse trabalho, o autor diferencia três componentes básicos das organizações, uma a nível dos processos de produção intermediários e finais, outro relativo à rede de conversações gerenciais e finalmente, o componente dos microprocessos organizativos. A prática gerencial e sua organização deve dar conta dos três componentes e para isso, o PES, a teoria das conversações e a reengenharia devem ser combinados, sendo respectivamente enfatizados para cada um dos componentes da organização citados acima.³

Mas a possibilidade de enriquecimento, não se esgota aqui. As recentes contribuições de Flores (1989), apenas ventiladas, constituem outro campo a ser melhor desenvolvido.⁴ Outra dimensão extremamente valorizada por Matus e com limitado desenvolvimento no dia-a-dia da gestão, é referido ao campo da negociação de interesses. Todos esses campos, comunicação e gestão, qualidade e gestão e, negociação na gestão apresentam-se com contribuições bastante recentes e inovativas, mas ainda de pouca materialidade metodológica. O seu carácter essencialmente subjetivo, tornam esses domínios menos tangíveis, quando

³. MATUS, Carlos. El Metodo PES, La Reingenieria Publica Y La Teoria de las Conversaciones: trabas y problemas. Colección Ciencias y técnicas de Gobierno, Fondo Editorial Altadir, Bogotá, 1994.

⁴. Recentemente a ENSP obteve uma cópia do programa de informática desenvolvido por Fernando Flores (El Coordinador) e que se ocupa do monitoramento gerencial dos compromissos, a partir dos atos de fala dos agentes organizacionais; por ora, apenas inicia-se o entendimento sobre sua utilização.

olhados pela ótica da racionalidade meramente instrumental. No entanto, parecem ser esses domínios, aqueles que melhor expressam a intangibilidade do campo da gestão, como definido por Motta (1991) e referido no Capítulo 3. Matus portanto, tem o mérito de produzir um método extremamente engenhoso e abrangente em relação a grande parte do que já se escreveu no terreno das teorias administrativas. A sua obra contém inúmeras interfaces, mas talvez as suas recentes formulações, ainda mereçam maior exploração operacional. São temas tratados nos mais novos trabalhos de Uribe Rivera (1994, 1994, 1995), todos derivados das inquietudes apontadas por este autor em sua tese de doutorado (Uribe Rivera, 1995).⁵

O sofisticado sistema de direção estratégica preconizado por Matus, está sendo implantado parcialmente e de forma simplificada ao nível do HEC. Iniciado pelo subsistema de petição e prestação de contas, o propósito é o de materializar o chamado "triângulo de ferro", onde os dois outros componentes são a gestão descentralizada por operações e a agenda da direção. Essa simplificação em termos de estruturas, não elimina algumas funções presentes em outros subsistemas, como o processamento técnico-político de problemas, a orçamentação por programas e o monitoramento das ações. Por ora, o próprio Núcleo Diretor vem cumprindo as funções de secretaria de processamento de problemas. A orçamentação por programas já é prática no Hospital, ainda que em bases a serem aperfeiçoadas. O sistema de monitoramento está embrionariamente acoplado ao sistema de prestação de contas. Está ainda por ser elaborado um sistema que acompanhe o desenvolvimento das operações utilizando-se indicadores que expressem seus resultados inicialmente previstos.

⁵. URIBE RIVERA, F.J. Esboço de um Contraponto Teórico-Metodológico entre o Planejamento Estratégico-situacional(PES) e o Controle de Qualidade Total(TQC), mimeo, ENSP, 1994.; URIBE RIVERA, F.J. Comunicação e Gestão Organizacional por Compromissos, mimeo, ENSP, 1995.; URIBE RIVERA, F.J. A Comunicação e a Negociação Gerencial sob o Pano de Fundo das Organizações Profissionais de Saúde. mimeo, ENSP, 1995.; todos esses trabalhos já foram encaminhados e aceitos para publicação em periódicos especializados

Mas há ainda uma grande incógnita. Seria o sistema de gestão preconizado por Matus aplicável a organizações hospitalares? Parece ainda cedo para responder-se a essa questão com segurança. Mesmo após a análise realizada por Silva (1994) em um hospital com modelo de gestão típico da proposta de Matus, quando demonstra-se a sua pertinência, mas ressalta-se limitações em relação ao envolvimento dos médicos, ainda é preciso mais reflexão.

De qualquer modo, a adequação do sistema de direção de Matus aos hospitais merece alguns comentários. Primeiramente, deve ser valorizado a sua contemporaneidade em relação ao tratamento que o autor dá a dimensão da estrutura. Nesse campo, há inteira concordância com tendências atuais de relativização da formalização estrutural da organização. As novas características que se sobressaem são a flexibilidade, a descentralização, a autonomia e a necessidade de coordenação por comunicações intensivas. Há assim inteira concordância com as compreensões de Motta(1991), que incluem extensa revisão bibliográfica nesse tema.⁶ Essa relativização e descentralização de responsabilidades no interior das organizações hospitalares parece ser fundamental para dar conta de melhor coordenar o trabalho médico e de pesquisa, como no caso em questão. Trabalhos com base em importante autonomia do profissional.

Mas o sistema de Matus, ao possibilitar um sistema de execução do trabalho em bases descentralizadas, mais autônomas, é criativo nas formas de coordenação geral da organização. Igualmente, reforça os mecanismos de direção e os sistemas que articulam esta com as unidades descentralizadas, sendo o próprio sistema de petição e prestação de contas a peça mais fundamental da integração organizacional. Não por acaso é o sistema que expressa a regra de responsabilidade. Os sistemas de processamento de problemas e de planejamento orçamentário por programas também cumprem funções integradoras.

⁶. MOTTA, P.R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Record, RJ, 1991. pp.110-142.

A proposição de Matus tem enorme potencial para as organizações hospitalares. Ela tem o mérito de não desconsiderar, ao contrário, valorizar as possibilidades para lidar mais coordenadamente com o trabalho dos profissionais.

Quanto a possíveis acréscimos, experimentar pequenas adaptações na base do triângulo de governo, mas precisamente no componente gestão descentralizada das operações pode trazer maiores facilidades para a aplicação desse modelo em organizações profissionais. Aqui a preocupação maior é a de desenvolver condições de gestão ao nível das unidades organizacionais descentralizadas. Ocorre que nos hospitais, a maior parte dessas unidades são serviços assistenciais, onde os médicos historicamente são seus chefes. O que fazer? Até que nível deve ocorrer a sua capacitação gerencial? Ou ele deve ser substituído enquanto gerente, de modo a limitar-se às atividades técnicas? A experiência analisada por Silva (1994), onde ocorreu a substituição dos médicos, não por opção, mas por desinteresse desses, contribuiu para aumentar a sua refratariedade ao modelo (ou a refratariedade à princípio fez com que se afastassem de suas tradicionais chefias, agora já qualificadas como gerências). O fato é que existe algo ainda a ser examinado melhor, qual seja a pertinência deste modelo com a natureza e a cultura do trabalho médico, especialmente, onde ainda cultiva-se a "regra" de que médico só pode ser "*chefiado*" por outro "*colega*" e onde seu trabalho deve ser livre de maiores controles ou padronizações, ainda que gerais.

A opção de constituição de "*tríades de gestão*" ao nível dos serviços médicos é considerada por Smith et al. (sem data). Trata-se do modelo de descentralização desenvolvido pelo Johns Hopkins Hospital em que são constituídos 15 semi-autônomas unidades organizacionais. Cada unidade é dirigida por um médico, uma enfermeira e um administrador. É preservada a posição hierárquica superior do médico, que coordena os trabalhos.⁷ Essa possibilidade pode gerar maior interação entre distintas racionalidades, elevando

⁷. SMITH, T.; LEATT, P.; ELLIS, P.; FRIED, B. Decentralized Hospital Management: rationale, Potencial, and two case examples. Health Matrix. Vol. VII, no. 1, sem data. pp. 12 -13.

os compromissos dos médicos e pesquisadores com a gestão e vice-versa, especialmente pela aproximação dos administradores ao trabalho final organizacional.

No HEC, ainda não apresentou-se o problema da refratariedade e exclusão dos pesquisadores do processo gerencial. Mas essa possível realidade não pode deixar de ser desde já considerada, uma vez tratar-se de questão (a lógica de gestão) que além de destoar da racionalidade profissional médica e de pesquisa, virá em determinado prazo delimitar alguns limites para a dita autonomia daqueles profissionais. Adiantar-se quanto a isso é estratégico.

Outro campo que merece maiores reflexões e novas opções organizacionais, diz respeito à prática da negociação na gestão. Ainda que Matus realce a importância da negociação na gestão, com o que concorda Uribe Rivera (1995-2), parece haver a necessidade de mais estudos visando a formalização de um sistema de negociação no interior da estrutura de direção. Aqui encontra-se outro terreno que não pode prescindir de alguma forma organizativa integrada aos demais subsistemas a comporem o sistema de direção estratégica formulado por Matus. Particularmente para o setor público há que ser considerado, enquanto alternativa de enfrentamento para tantos conflitos hoje regulados fora da esfera organizacional.

A oportunidade de uma "*mesa permanente de negociação*" entre direção e representantes dos funcionários deve ser considerada. Naturalmente, que tal esfera não elimina outros âmbitos não formalizados de negociação, com atores diversos.

Essas proposições complementares às compreensões de Matus, serão consideradas na assessoria oportunamente, não impedindo por ora o processo em curso no HEC, mas para as quais são necessárias desde já algumas precauções.

Mas também há outros desafios que não podem ser mascarados pelas condições inicialmente favoráveis. A performance do HEC também está condicionada por outros fatores, como a sua natureza pública. O contexto atual

do setor público não é propício, limitando sobremaneira a capacidade de governo em desenvolvimento no interior do Hospital. É um processo que supõe uma crescente autonomia gerencial e que ainda está por ser negociada e que pode em algum momento, no caso de permanecer limitada, comprometer a continuidade das mudanças. Mas também há toda a limitação de caráter mais estrutural, bastante expressa na escassez relativa de recursos para o setor saúde.

V.3. O HEC e as Exigências de Profissionalização Gerencial

Todo esse processo exige uma importante capacitação dos dirigentes hospitalares que, no caso do HEC, assumem-se como pesquisadores que apenas "*estão*" gerentes. Há aqui, um enorme desafio, qual seja o da habilitação em gestão, necessária para o sucesso do novo modelo, especialmente no caso de uma organização do tipo profissional, onde estes mesmos profissionais(pesquisadores), também são responsáveis pela condução da organização. Há pela frente, um possível conflito de racionalidades, caso não se desenvolvam de forma hábil, as funções de gestão em sintonia com os interesses e a consequente adesão dos profissionais mais típicos da organização, seus pesquisadores. Seja para o nível diretivo central, com a lógica de Núcleo Diretor, mas também para as unidades organizacionais assistenciais, a princípio com suas chefias atuais e no futuro, com as possíveis "*triades de gestão*", é preciso alternativas criativas para incorporação harmônica à gestão, dos profissionais finalísticos dessas organizações.

Diante das contingências atuais, seja no HEC ou em outras organizações sanitárias, especialmente hospitais complexos, é irrefutável a demanda por novos profissionais para o exercício da gestão. Ainda que valores como bom senso, compromisso, sentido ético, respeito à coisa pública e à clientela não possam ser menosprezados, está claro que não são suficientes para um gestão em bases de eficiência e eficácia, dada a complexidade dessas organizações. Todos esses

valores serão ainda mais enriquecidos caso se ajustem ao desenvolvimento de habilidades gerenciais novas.

A gestão, também não pode ser compreendida enquanto a prática de simples técnicas administrativas. A contemporaneidade exige a incorporação de novas habilidades e atitudes. Estratégia, capacidade criativa e de inovação, habilidade comunicacional, de relacionamento, de negociação, passam a ser atributos necessários para dirigentes organizacionais.

O exemplo vindo da França, reconhecida internacionalmente por seu modelo de organização e gestão da atenção hospitalar, representa uma importante referência. Há sem dúvida alguns aspectos do modelo francês a serem considerados. É interessante como naquele país a profissionalização do diretor hospitalar faz parte da própria concepção de gestão autônoma dos hospitais públicos. A condição de autonomia gerencial, os mecanismos de tutela e de controle social, institucionalizados naquele país para todos os seus hospitais públicos, enriquecem e exigem uma resposta profissional de seus diretores.

Na concepção integrada entre sistema de gestão, papel do diretor e sua respectiva formação, no caso francês, há uma diferenciação que merece ser considerada para a formulação de alternativas aplicáveis à realidade brasileira. Ao dotar a organização hospitalar pública das condições necessárias ao seu adequado funcionamento, o sistema francês está enormemente amparado na capacidade dos profissionais diretores de hospitais. A sua lógica organizacional e de gestão possui estreita vinculação com o próprio desenvolvimento histórico desta carreira, sendo o contrário também verdadeiro. Trata-se de um profissional estratégico para o modelo, assim como a École de Rennes, responsável por sua formação inicial e continuada.

Aqui não se defende a constituição de uma carreira profissional como a existente na França. Prefere-se a compreensão de profissionalização, assumindo que deste modo os resultados possam ser similares, sem as exigências legislativas e regulamentares de uma carreira pública. De qualquer modo, é preciso olhar

para aquela carreira e dela extrair-se o que de mais importante há. Quanto a isso, indubitavelmente, a formação diferenciada, teórica e prática, além de políticas claras para ocupação dos cargos gerenciais, não podem ser desconsiderados. Naturalmente, tendo-se claramente conformados os modelos de gestão onde inserem-se os profissionais. Na França, os diretores são formados no interior do próprio sistema, pois do longo período de formação, mais da metade se dá no interior dos hospitais (associados à Escola). No caso do Brasil, não há por que ser diferente, sendo nessas bases que está estruturado o Curso de Especialização da ENSP/RJ. A diferença, que não é pequena, se dá pela profundidade, duração e clientela da formação. Na Escola do Rio, busca-se formar os dirigentes que já *estão* dirigentes! E desse modo, por melhor que seja o trabalho, chega-se atrasado.⁸

O Curso do Rio de Janeiro, assim como os descentralizados estão conseguindo cumprir um importante papel. Para a sua clientela e para as instituições participantes, tem ficado relativamente clara a estratégia proposta. Já na quarta edição dessa linha de formação, o programa está consolidado, sendo no entanto, limitada a sua amplitude em relação à demanda potencial. Naturalmente que não se pretende o monopólio nacional da formação, mas com certeza é preciso maior capacidade de impacto.

O grande mérito dessa linha de formação é sem dúvida a capacidade potencial de produção de resultados não apenas ao nível individual, materializada na formação em si, mas sobretudo em conferir novas possibilidades para os modelos de gestão dos próprios hospitais clientes do curso. O HEC parece ser um bom exemplo do impacto possível desse programa de formação. Outros

⁸. Vale considerar a título informativo que desde 1994, o mesmo Programa de Desenvolvimento Gerencial abriu a formação de residentes em gestão hospitalar, com 1 aluno formado no primeiro ano e contando atualmente com 4 profissionais que deverão cursar a edição 1995; pretende-se no momento, incentivar a abertura de cursos de residência em gestão (formação em saúde coletiva com especialização para gerência hospitalar - cerca de 3.500 horas de teoria e prática) junto aos sítios descentralizados de Recife, Belo Horizonte e Fortaleza.

hospitais vinculados ao programa também evoluíram nesse sentido.⁹ A assessoria aberta é uma extensão da metodologia desenvolvida no próprio curso. Com certeza existe diferença entre o envolvimento de um assessor em relação a um supervisor de trabalho de campo, a quem todos os hospitais e alunos têm acesso durante o período do curso. Mas o importante é marcar a associação entre o programa de formação e a necessária transformação das condições de gestão.

Ainda que não seja o objeto principal desse trabalho, não se pode deixar de comentar o papel da Escola do Rio, tomando a Escola de Rennes como uma referência. Não se trata de transplantar modelos, mas a maior organicidade, mantidas as autonomias, entre um aparelho formador ou vários aparelhos formadores e as instituições de prestação de serviços assistenciais é absolutamente necessária. A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) situada no Rio de Janeiro pode e deve explicitar claras diretrizes para os demais órgãos governamentais no que tange às políticas de profissionalização para o setor saúde. Papéis similares devem ser difundidos e incentivados em tantas outras escolas que atuam na área em outros estados brasileiros, muitas delas, como a ENSP/RJ, vinculadas a estruturas de governos.

No Brasil, historicamente bastante diverso da França, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a adequada e necessária valorização da área de gestão hospitalar enquanto campo de desenvolvimento profissional. A continuada crise do setor saúde brasileiro apenas torna mais e mais urgente a aplicação de medidas que visem a recuperação das organizações sanitárias, especialmente seus hospitais. Esse desafio, em termos globais, deve ser resolvido através da formulação e aplicação de políticas públicas mais efetivas e consequentes. Causas de natureza estrutural localizadas no campo do financiamento e da organização mais geral do setor merecem tratamento

⁹. Vários dos hospitais que tiveram alunos formados seguiram desenvolvendo seus modelos, tendo a estratégia do curso contribuído para esse caminho; é interessante também perceber como outros hospitais já chegam ao curso com esse propósito, o de formar e conceber novos modelos gerenciais; não se pode negar que há também algumas perdas, na medida que alunos formados chegam até a serem dispensados por seus superiores por trocas de governo.

prioritário. No entanto, essas mesmas políticas devem enfrentar o desafio associado da profissionalização de seus quadros dirigentes e da modernização organizacional e administrativa do parque hospitalar público brasileiro.

A responsabilidade depositada nos indivíduos que comandam esses aparelhos sociais é bastante expressiva. De um lado, os recursos necessários para que existam e se mantenham são cada vez maiores e mais complexos, sem deixarem de ser limitados. A sua "*combinação ótima*" é cada vez mais exigida, já que do outro lado, os resultados esperados necessitam causar impactos satisfatórios, sendo estes também mais complexos, por sua vez, tendendo a serem ilimitados.

Dessa "*equação*" cabe aos profissionais da gestão se ocuparem. Esses quadros, por isso mesmo, ganham importância e status social em qualquer parte do mundo, especialmente quando à frente de grandes organizações. São quadros estratégicos, formados e habilitados para conduzir organizações ao cumprimento de suas funções socialmente estabelecidas. Ainda que possam existir relatos de experiências de grande sucesso empresarial de muitos executivos, este quadro por sua vez, não conforma o gerente como um super-homem ou qualquer outro ser menos raro.

Aceita-se que o dirigente hospitalar público brasileiro, em decorrência de uma estratégia localizada no âmbito da formação profissional e pelo reconhecimento e valorização institucional da diferenciação e complexificação de suas funções, deve cada vez mais afirmar-se enquanto um novo profissional. Um profissional que deve vir a expressar socialmente parte da responsabilidade pública com o funcionamento das organizações sanitárias, a maior responsabilidade em dirigi-las, de modo a atender eficiente e eficazmente as demandas por serviços médico-hospitalares.

Assim, adquire relevância, a formação técnica específica como requisito para o exercício dessas funções, e como critério essencial de ocupação dos cargos de direção dessas organizações. A efetiva profissionalização desses quadros deve

minimizar ou mesmo eliminar os critérios político-partidários e outros, ainda amplamente utilizados. Esse processo, sem dúvida, deve envolver determinação político-institucional nos diversos níveis governamentais brasileiros, especialmente apoiando a implementação de novos modelos organizacionais e gerenciais para o seu sistema de saúde e especificamente para seus hospitais.

No Brasil, feliz ou infelizmente, esse desafio não deverá ser enfrentado na base da regulamentação extensiva a todos hospitais, seja pela enorme autonomia dos poderes dos níveis governamentais, seja pela impossibilidade de antever-se modelos universalisáveis.

VI. Referências Bibliográficas

- . ARTMAN, Elizabeth. O Planejamento Estratégico-Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde. dissertação de Mestrado, ENSP, mimeo, 1993.
- . AUSTIN, John L.. Como Hacer Cosas con Palabras. Ediciones Paidos, España, 1981.
- . BERTALANFFY, Ludwig. General Systems Theory: A New Approach to Unity of Science, in Human Biology, dezembro, 1951.
- . BURMESTER, H. e RICHARD, J.. La planificacion et le management stratégiques, in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.
- . CAMPOS, Ana Maria. Accountability: Quando poderemos traduzí-la para o português? Rev. Adm. Publ. Rio de Janeiro, 24(2)30-50, 1990.
- . CASTOR, B.O. e FRANÇA, C. Administração Pública no Brasil - exaustão e revigoramento do modelo. Rev. Adm. Publ. Rio de Janeiro, 20(3):3-26, 1986.
- . CECÍLIO, L.C. "Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde." Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva, UNICAMP, S. Paulo, mimeo, 1993.
- . CHIAVENATO, Idalberto. teoria Geral da Administração, vol. I. McGraw-Hill do Brasil, 1979.
- . DAFT, Richard. Organization Theory and Design, Saint Paul, 4a ed, West Publishing Company, 1992.
- . DRUCKER, Peter. Prática da Administração. Rio de Janeiro, Ed. Fundo de Cultura, 1962.
- . DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências, Rev. Adm. Publ., RJ, n.2, vol.26, FGV, 1992.

- . ENSP/FIOCRUZ, Curso de Especialização em Gestão Hospitalar - Cooperação Técnica ENSP/Rennes. Documento Síntese, mimeo, 1992.
- . FIOCRUZ. Hospital Evandro Chagas, Projeto Institucional, mimeo, 1989.
- . FLORES, Carlos F. Inventando la empresa del siglo XXI. Chile, Hachete, 1989.
- . GIL, Antônio C. Como elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo, Atlas, 1987.
- . GUERREIRO RAMOS, Alberto. Administração e Contexto Brasileiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, RJ, 1983.
- . KHANDWALLA, Pradip. The Design of Organizations, New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1977.
- . LAMY, Yves e BARBOSA, Pedro R.. La Fonction de Directeur d'Hôpital in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.
- . LEMOS, Sheyla. "O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza" Tese de Mestrado - EBAP/FGV, mimeo 1993.
- . MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde, São Paulo, mimeo, 1991.
- . MATUS, Carlos. O Planejamento estratégico-situacional(PES) na prática. Fundação Altadir, Caracas. mimeo, 1987.
- . _____ Adiós Señor Presidente. Caracas, Pomaire/Ensayos. 1987.
- . _____ La Planificación de Situaciones. Fondo de Cultura Económica. México, 1980.
- . _____ Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. mimeo, s/data.
- . _____ Política, Planificación y Gobierno. Borrador, Washington, 1987.
- . _____ Sistema de Acompanhamento e Monitoramento. Fundação Altadir, mimeo. Venezuela, 1993.
- . _____ PES: Guia de Analisis Teorico. Fundación Altadir. Caracas. mimeo, version junio/1994.

. _____ El Metodo PES, La Reingenieria Publica Y La Teoria de las Conversaciones: trabas y problemas. Colección Ciencias y técnicas de Gobierno, Fondo Editorial Altadir, Bogotá, 1994.

. MENDES, Eugênio V.(org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

. _____ Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Org.Panam.Saúde. Brasília, 1994.

. MINAYO, M.C. de S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.

. MINTZBERG, Henry. Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations. The Free Press, New York, 1989.

. MORDELET, P., BRAGA NETO, F.C. e OLIVEIRA, S.G..L'autonomie de gestion. in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien.Rennes, ENSP Éditeur, 1993.

. MORGAN, Gareth. Images of Organizations, USA, 3a ed, Sage Publications, Inc.,1991.

. MOTTA, Fernando C. Prestes., Teorias da Administração: alcance, limites, perspectivas. mimeo., ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, out. 1990, RJ.

. MOTTA, P.R. Modernização Administrativa: propostas alternativas para o estado latino-americano. Rev.Adm.Publ., rio de Janeiro, 21(4):31-61,1987.

. _____ Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise. Síntese da palestra realizada na FUNDAP, S.Paulo, mimeo.,1989.

. _____ Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro, Record, 1991.

. _____ Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde, trabalho apresentado no Seminário Novas Concepções Em Administração e

Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial. ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.

. PERROW, Charles - Goals in Complex Organizations, American Sociological Review, vol. 26, n. 6, 1961.

. ROLLET, Christian. Le système Hospitalière Français. in: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick e GRABOIS, Victor. Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.

. SCHOLTES, Peter R. Times da Qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade. Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1992.

. SEARLE, John. Speech Acts: An Essay in Philosophy of Language. Cambridge University Press, 1969.

. SILVA, Roseli Monteiro da. A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: Uma Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Dissertação de Mestrado, Ensp, Fiocruz, mimeo, Rio de Janeiro, 1994.

. SILVERMAN, David. The Theory of Organizations. New York, Basic Books, 1971. p.44-72;

. SCOTT, W.R. Organizations: Rational, Natural and Open Systems, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1981.

. THOMPSON, James D. Organizations in Action. New York. McGraw-Hill, 1967.

. THOMPSON, J.D.. Dinâmica Organizacional. São Paulo, Ed. McGraw Hill do Brasil, 1976

. URIBE RIVERA, Francisco Javier. Jürgen Habermas: Razão Comunicativa e Planejamento Social (Uma crítica ao enfoque estratégico) ENSP/FIOCRUZ, Tese de Doutorado, versão revis., mimeo. 1995.

. _____ Esboço de um Contraponto Teórico-Metodológico entre o Planejamento Estratégico-situacional(PES) e o Controle de Qualidade Total(TQC), mimeo, ENSP, 1994.;

._____ Comunicação e Gestão Organizacional por Compromissos, mimeo, ENSP, 1995.

._____ A Comunicação e a Negociação Gerencial sob o Pano de Fundo das Organizações Profissionais de Saúde. mimeo, ENSP, 1995.