

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E FATORES
AMBIENTAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO:
o caso do Hospital Universitário
de Santa Maria

Monografia apresentada à Escola
Brasileira de Administração Pú-
blica para a obtenção do grau de
MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

Jadete Lampert Cauduro

Rio de Janeiro, 1990

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

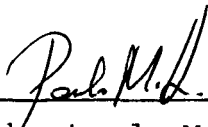
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

T Í T U L O

MONOGRAFIA DE MESTRADO APRESENTADA POR


JADETE LAMPERT CAUDURO

E
APROVADA EM 12/11/90
PELA COMISSÃO JULGADORA



Paulo Roberto de Mendonça Motta

Phd em Administração Pública



Fernando Guilherme Tenório

Mestre em Educação

199101 01

T/EBAP C371h



1000055323

Valéria de Souza

Mestre em Administração Pública

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E FATORES
AMBIENTAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO:
o caso do Hospital Universitário
de Santa Maria

O futuro é a chave da explicação
do presente.
(GOUX)

A visão da interdependência do
todo sem a perda da essência do
uno.

Aos meus filhos

Carlos e Rafael

RESUMO

Este trabalho monográfico trata de Hospitais Universitários e Fatores Ambientais Relevantes na Implementação das Políticas de Saúde e Educação de Recursos Humanos para a saúde. Primeiramente, busca identificar a evolução das políticas, no Brasil, a partir da Vª Conferência Nacional de Saúde (1975) até a constitucionalização do Sistema Único de Saúde (1988), deixando evidente as dificuldades de implementação destas políticas no seu nível de orçamento e ação. Levanta, também, as características da instituição Hospital Universitário, desde de sua origem, na década de 60, para atender às necessidades das escolas médicas, até os questionamentos quanto às suas funções sociais nos nossos dias, assim como a forma de sua gestão ao inserir-se no Sistema Único de Saúde. Ainda, caracterizando os Hospitais Universitários como uma organização complexa, busca na literatura da Ciência Administrativa, referências sobre organização, análise ambiental e estratégia no planejamento e gerência. Na análise ambiental, salienta o estudo dos Fatores Ambientais Relevantes, para o melhor desempenho organizacional na implementação adequada das políticas.

Com este embasamento, faz um estudo de caso do Hospital Universitário de Santa Maria, usando modelo de análise que associa métodos qualitativo e quantitativo com a participação de um grupo interdisciplinar da Universidade Federal de Santa Maria, e programa de processamento de dados - análise estrutural. Com este modelo, levanta os Fatores Ambientais de maior relevância no sistema da organização em estudo. Usa também a técnica da entrevista para atender o objetivo específico de identificar a percepção destes fatores, pelo grupo gerencial da organização hospitalar.

Finalmente, apresenta análise dos dados obtidos e conclui diagnósticos e alternativas para tomadas de decisões e ações planejadas a curto, médio e longo prazo.

SUMMARY

This monography approaches University Hospitals and Relevant Enviromental Factors in the implementation of Health and Education Policies of human resources for health. Firstly, it identifies the evolution of policies, in Brazil, since the vth National Health Conference (1975), until the constitution of the Unique System of Health (1988), stressing difficulties for the implementation of those policies on their level of action and budget. It surveys also the University Hospital attributions since its origin, in the 60's, to meet the necessities of medical schools, up to the present, in what concerns its social functions and its administration form when introduced in the Unique System of Health. Yet, characterizing the University Hospitals as complex organizations it looks for elements in literature about Administration Science relating to: organization, envirommental analysis, and planning and management strategy. Envirommental analysis distinguishes the study of Relevant Envirommental Factors for a Better organizational performance in the adequate implementation of policies.

With this base, it makes one study of case of the University Hospital of Santa Maria, using an analysis model that associates qualitative and quantitative methods. It uses the colaboration of one interdisciplinary group of the Federal University of Santa Maria, and data process program - Structural Analysis. It finds the envirommental factors of more relevance for the hospital system. It also uses technique of interviews to meet the specific obje^tive of identifying the perception of these factors by the hospital management group.

Finally, it presents analysis of the obtained data and concludes diagnosis and options for decisions and planning actions at short, medium and long terms.

AGRADECIMENTOS

"Nenhum homem é uma ilha isolada..."

O homem é um ser social, sendo assim, aglutina-se a outros semelhantes, organiza-se em sociedade e forma organizações. A inter-relação e interdependência são decorrências indispensáveis neste convívio.

Este trabalho, tendo um autor transluz, não vem a ser deste o mérito pleno, pois na inter-relação e interdependência de fatores ambientais, das ações, inúmeras pessoas contribuíram para este resultado.

Rememorando a caminhada para o mestrado de Administração Pública, surge a lembrança da escolha, espontânea, na vivência médica em assistência, ensino e pesquisa na chefia do Departamento de Clínica Médica e na coordenação da Área Clínica Médica do Hospital Universitário, tendo-se a percepção da necessidade de melhorar o conhecimento administrativo, da mesma forma que se processa nas especializações técnicas da medicina, que busca o melhor desempenho e melhores resultados.

Buscam-se, na lembrança desta trajetória, as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para este dia especial, da obtenção do título de mestre. A estas pessoas quero expressar o meu carinho e gratidão:

- ao corpo docente, meus colegas, aos funcionários do Departamento de Clínica Médica, e profissionais do Hospital Universitário de Santa Maria, que possibilitaram o meu trabalho na área médica-docente e administrativa, assim como o meu afastamento;
- aos meus familiares, que sempre me apoiaram e me

- acompanharam neste esforço, quando decidi cursar o mestrado;
- aos meus amigos, que sempre tiveram uma palavra de incentivo e carinho;
 - ao grupo interdisciplinar, que colaborou diretamente na execução deste trabalho dispendendo inúmeras horas na compreensão da proposta, na discussão do método, no levantamento dos fatores ambientais relevantes, na discussão das inter-relações e interdependências destes fatores e no preenchimento das matrizes estruturais, apresentando alto espírito universitário. Agradeço em especial aos professores componentes deste grupo: JOSÉ BASÍLIO DA ROCHA NETTO (Centro de Tecnologia), WILLIAM CARSON (Centro de Ciências Sociais e Humanas), TARCÍSIO MORO (Centro de Ciências Sociais e Humanas), MARIA DE LOURDES ANDRADE (Centro de Ciências Sociais e Humanas), ELIZABETH SOUZA (Centro de Educação), VALDEMAR SPERONI (Centro de Ciências Sociais e Humanas), BENILDES MAZZORANI (Centro de Ciências da Saúde) e ELEHU OLIVEIRA (Centro de Ciências da Saúde);
 - ao grupo gerencial do Hospital Universitário de Santa Maria (gestão 1986/89), entrevistado, pela presteza em atender nosso convite e a espontaneidade de seus depoimentos; depoimentos que possibilitaram identificar fatores do ambiente interno do Hospital que traduzem um quadro sindrômico que deve ser considerado na prescrição de condutas com vista às políticas a serem implementadas;
 - ao professor ODILON MARCUZZO DO CANTO (Centro de Ciências Naturais e Exatas) pelo interesse, disposição e auxílio no entendimento da fundamentação do programa que processaria os dados colhidos;
 - ao professor CLAUDIO ROCHA LOBATO (Núcleo de Processamento de Dados) que, gentilmente, operacionalizou o processamento.

Aos professores que compõem a comissão julgadora desta monografia agradeço de forma singular pela disposição crítica, quando solicitados, sobre o andamento do trabalho. Críticas suficientemente provocativas para o esforço de melhorar sem ultrajar os limites para o desalento:

- ao professor PAULO ROBERTO MOTTA, orientador, pela simplicidade na abordagem do tema, pela competência despreocupada das observações, orientando e, ao mesmo tempo, conferindo grande liberdade, necessária, vista a maturidade suposta neste nível de trabalho;
- à professora VALÉRIA DE SOUZA pelas observações sempre prontas, principalmente, de caráter metodológico, tão necessárias, e pelo estímulo para a execução e conclusão do trabalho;
- à professora SONIA FLEURY pela sua objetividade e ponderações no que refere às políticas de saúde e ao método, quando da defesa do projeto deste trabalho;
- ao professor FERNANDO TENÓRIO pelo pronto atendimento a participar desta comissão e às críticas e observações claras e objetivas.

Agradeço, em especial, ao Engenheiro EDUARDO MARQUES que, sendo convidado para uma palestra aos mestrandos da EBAP/FGV, despertou-nos o interesse para cenários com o estudo das variáveis ambientais. Agradeço o acolhimento e a indicação do método, fruto de seu trabalho de tese. Apesar de seus inúmeros compromissos, dispensou tempo para discutir alguns aspectos do andamento do presente trabalho.

Este trabalho, que leva minha autoria, mas que, sem dúvida, é fruto de todos que aqui mencionei e tantos outros, ofereço à instituição hospitalar dos Hospitais Universitários, em particular ao Hospital Universitário de Santa Maria. Reconhecendo as limitações desta contribuição, creio que poderá vir a somar-se a outros trabalhos complementares, de alguma forma concorrendo para o aperfeiçoamento da instituição hospitalar dos Hospitais Universitários no seu contexto maior, na embricação

de fatores ambientais políticos, culturais, econômicos e tantos quantos forem reconhecidos no sistema.

S U M Á R I O

RESUMO	
SUMMARY	
AGRADECIMENTOS	
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
LISTA DE GRÁFICOS	xvi
LISTA DE QUADROS	xvii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO	8
1.1 - Políticas Públicas/Sociais	8
1.2 - Políticas de saúde	11
1.3 - Política de educação de Recursos Humanos para a Saúde	15
1.4 - Limitações das políticas	19
CAPÍTULO II - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	25
2.1 - Sua origem e seu papel	25
2.2 - Apoio e recursos para os HUs	30
2.3 - Órgãos gestores do sistema saúde	35
CAPÍTULO III - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO ENFOQUE OR- GANIZACIONAL	40
3.1 - A organização	41

3.2 - Análise ambiental	45
3.2.1 - Modelos e métodos	48
3.2.2 - Percepção dos fatores ambientais..	57
3.3 - Administração estratégica	61
3.3.1 - Visão estratégica da gerência	64
CAPÍTULO IV - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	67
4.1 - Objetivos regimentais	67
4.2 - Estrutura administrativa	69
4.3 - Recursos humanos	76
4.4 - Clientela	76
4.5 - Plano de ações	79
CAPÍTULO V - FATORES AMBIENTAIS RELEVANTES PARA O HUSM	86
5.1 - Levantamento dos fatores ambientais rele- vantes (FAR)	87
5.1.1 - Definição do Sistema	87
5.1.2 - Análise estrutural	90
5.1.3 - Análise dos Fatores de maior Rele- vância	126
5.2 - Percepção dos Fatores Ambientais pela Ge- rência (FAG)	137
5.2.1 - Depoimento do Grupo Gerencial do HUSM	137
5.2.2 - Fatores Ambientais Percebidos	139
5.2.3 - Análise dos Fatores	153
5.3 - Confronto entre FAR e FAG	158
CONCLUSÃO	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - O Prisma da Prospectiva	56
FIGURA 2 - 4ª Delegacia Regional de Saúde da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, onde está situado o HUSM, na cidade de Santa Maria-RS	68
FIGURA 3 - Estrutura do HUSM e correspondência aos níveis administrativos	71
FIGURA 4 - Estrutura da Direção Clínica do HUSM	73
FIGURA 5 - Estrutura da Direção Administrativa do HUSM	74
FIGURA 6 - Estrutura da Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM	75
FIGURA 7 - Estrutura da Direção de Enfermagem	77
FIGURA 8 - Visualização da procedência da clientela ambulatorial do HUSM atendida no ano de 1989	80
FIGURA 9 - O Sistema Hospital Universitário de Santa Maria e ambiente	88
FIGURA 10- Matriz Estrutural para preenchimento de relação de influências direta entre os fatores ambientais levantados	113
FIGURA 11- Matriz Estrutural com o preenchimento das influências diretas entre os fatores ambientais (variáveis), na situação atual do HUSM - <u>o que é</u>	115

FIGURA 12- Matriz Estrutural com o preenchimento das influências diretas entre os fatores ambientais (variáveis), na situação desejada (cenário normativo) - <u>o que deveria ser</u>	116
FIGURA 13- Matriz Estrutural preenchida com a percepção de intensidade das relações de influência, na situação - <u>o que é</u>	117
FIGURA 14- Matriz Estrutural preenchida com a percepção de intensidade das relações de influência, na situação - <u>o que deveria ser</u>	118
FIGURA 15- Matriz Estrutural quantificada segundo convenção na situação - <u>o que é</u>	120
FIGURA 16- Matriz Estrutural quantificada segundo convenção, na situação - <u>o que deveria ser</u> ...	121
FIGURA 17- Principais componentes para a construção de cenários exploratórios para os HUs	176

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - Distribuição dos FAR do HUSM nos aspectos político, econômico,...., segundo sua dependência de decisão de âmbito Federal (Fd) ou de âmbito Local (Lc) 110
- GRÁFICO 2 - Distribuição dos FAR do HUSM nos sub-sistemas assistência, ensino, pesquisa e produção segundo sua dependência de decisão de âmbito Federal (Fd) ou de âmbito local (Lc) 110

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Modelos de análise ambiental quanto à frequência	51
QUADRO 2 - Métodos para estudos prospectivos	54
QUADRO 3 - As implicações da análise ambiental para a tomada de decisão estratégica	63
QUADRO 4 - Recursos humanos do HUSM - ano de 1989	78
QUADRO 5 - Fatores ambientais relevantes levantados pelo grupo interdisciplinar distribuídos nos sub-sistemas e pontos de vistas segundo sua maior identificação	107
QUADRO 6 - Distribuição dos fatores ambientais nos sub-sistemas e pontos de vistas, segundo o caráter de dependência de decisões próximas (Lc) ou distantes (Fd) da organização do HUSM	109
QUADRO 7 - Classificação hierárquica dos Fatores Ambientais Relevantes do HUSM na situação - <u>o que é</u>	123
QUADRO 8 - Hierarquização dos Fatores Ambientais Relevantes do HUSM na situação - <u>O que deveria ser</u>	124
QUADRO 9 - Grupos e aspectos identificados nos fatores ambientais relevantes na situação atual - <u>o que é</u>	130

QUADRO 10- Classificação dos FAR para o HUSM com influência no sistema, quanto as possibilidades da instituição hospitalar interferir em mudanças	132
QUADRO 11- Confronto dos Fatores Ambientais Relevantes levantados na percepção da situação atual - <u>o que é</u> - e da situação desejada - <u>o que deveria ser</u>	134
QUADRO 12- Grupos e aspectos identificados nos Fatores Ambientais Relevantes na situação - <u>o que deveria ser</u>	136
QUADRO 13- Hierarquização dos Fatores Relevantes para a atuação do HUSM, na percepção do seu quadro gerencial	140
QUADRO 14- Distribuição dos fatores ambientais percebidos pelo grupo gerencial do HUSM, segundo os sub-sistemas e pontos-de-vistas	156
QUADRO 15- Confronto dos fatores ambientais de maior relevância levantados por métodos e grupos distintos	159
QUADRO 16- Da complementaridade dos dois métodos, Fatores Ambientais Relevantes nos ambientes interno e externo enfocando a Organização (HUSM), a Comunidade e o Estado	161
QUADRO 17- Âmbito de Atuação do HU segundo sua abrangência nas atividades que desempenha a nível local, regional e nacional	165
QUADRO 18- Fatores de aspecto predominantemente administrativo-sócio-cultural situados no Ambiente Interno que focalizam a busca de dados para a identificação de pontos favoráveis e desfavoráveis dentro da organização	

hospitalar (HUSM)	171
QUADRO 19- Fatores de aspectos sócio-econômico- cultural situados no Ambiente Externo da organização enfocando a comunidade alvo das políticas	172
QUADRO 20- Fatores de aspectos Político-Administrativo-Cultural, situados no Ambiente Externo da organização, enfocando o Estado	173
QUADRO 21- FAR do ambiente operacional e macroambiente do sistema dos HUs, para a implementação das políticas de saúde e educação de RH para a saúde, a médio e longo prazos - aspectos, variáveis e objetivos	175

INTRODUÇÃO

O tema selecionado para este trabalho monográfico resulta da vivência na área médica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e do contato com disciplinas do Curso de Mestrado na EBAP/FGV, em especial: FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, que aponta aspectos da elaboração das políticas públicas, resultantes, como "output", de um processo da organização governamental, podendo abrigar resultados de negociações políticas; ESTADO E SOCIEDADE, que discute as relações do Estado capitalista e a sociedade bem como a forma estabelecida na formação econômico-social brasileira; TEORIA E MODELOS DE GERÊNCIAS e PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL ESTRATÉGICO, que mostram a relevância do meio ambiente com suas variáveis e a importância da percepção gerencial destas para a sobrevivência e desenvolvimento de uma organização na implementação de políticas, assim como, do planejamento estratégico que trata do ajuste entre a organização e o ambiente.

Neste contexto, definiu-se a área de interesse sobre as Políticas Públicas no que concerne às Políticas Sociais de Saúde e Educação de Recursos Humanos (RH) para a saúde, que englobam a organização hospitalar dos Hospitais Universitários (HUs).

Hoje se discute a inserção dos HUs em um Sistema Único de Saúde (SUS), onde o ensino, ao invés de estabelecer-se exclusivamente no hospital, seja ministrado em toda a rede de assistência em nível primário, secundário e terciário. Sistema este, do qual o HU deve participar em nível terciário, num mecanismo de referência e contra-referência, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico de ponta. Desta forma organizado, o sistema de saúde deve implementar as políticas de saúde e educa-

ção de recursos humanos para a saúde.

Tendo-se na mira os HUs, organizações complexas, definiu-se para estudo o caso do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que, como os demais, está dentro de um contexto universitário sujeito a um conjunto de políticas que direcionam suas ações, e, de certa forma, alinham seu comportamento.

Neste estudo, o problema que se coloca é a distância entre políticas como missão e a implementação destas, as políticas como programas, orçamento, ação. A dificuldade que se tem é a de alterar a prática quando se mudam o discurso, a retórica, as leis, os planos, a própria Constituição do país. Diante deste problema, três proposições oferecem base para investigação:

- 1a) - o plano de ação inicial não foi apropriado, adequado aos fatores ambientais que, sendo relevantes para a organização executora das políticas, assim não foram considerados;
- 2a) - o plano de ação pode ter sido bom, mas foi executado imprópriamente ou
- 3a) - os eventos dos ambientes interno e externo podem ter mudado tão drasticamente que os problemas atuais não se aplicam mais.

Este trabalho considera a primeira proposição.

O problema colocado nos indica a necessidade do conhecimento dos fatores ambientais relevantes (FAR)*, intervenientes na implementação das políticas, pelas instituições executoras, para a adequação do planejamento estratégico. A adequação da estratégia só ocorrerá à medida que melhor se conhecerem fatores ambientais influentes no âmbito de atuação da organização e deem-lhe o devido tratamento com vistas às suas variáveis, que se estabelecem como oportunidade ou ameaças ao desempenho organizacional. A construção do futuro se dará de forma indutiva, à medida que houver um maior e melhor domínio dos fatores intervenientes no processo.

* Fatores ambientais que contêm variáveis relevantes no âmbito de atuação da organização, no sistema organizacional.

A importância dada aos fatores ambientais se deve à necessidade de manter um processo contínuo e sistemático de adaptação da organização frente a mudanças contínuas do ambiente onde se insere.

Para tanto, este trabalho tem como objetivo geral identificar os FAR para a implementação das políticas de saúde e de educação de RH para a saúde, pelos HUs, no estudo de caso do HU SM. Um estudo que possibilite uma visão mais ampla da organização hospitalar na interação com os fatores ambientais, deixando em aberto um campo ainda pouco estudado para outros trabalhos que venham complementá-lo, aperfeiçoá-lo ou dar-lhe seguimento.

Como objetivos específicos, propõem-se:

- identificar o sistema constituído pelo HU e o ambiente;
- identificar os fatores ambientais e hierarquizá-los por ordem de relevância no sistema organizacional;
- seleccionar os mais relevantes para a implementação das políticas de saúde e educação de RH para a saúde, pelo HU;
- identificar os fatores ambientais percebidos como relevantes pelo grupo gerencial do HUSM;
- confrontar os fatores ambientais seleccionados como relevantes para a implementação das políticas pelo HU, com os fatores ambientais percebidos pelo grupo gerencial, e analisá-los.

Na estrutura deste trabalho, para uma melhor compreensão de componentes do sistema em estudo, abordam-se, no CAPÍTULO I, as políticas de saúde e educação, dando o conceito e a tipologia, que mostram o curso evolutivo da política pública como missão até a política como orçamento e ação. Revisam-se, de forma sucinta, as políticas de saúde e educação de RH para a saúde, no Brasil, assim como limitações destas na sua fase operacional, detectadas por alguns observadores.

É na fase operacional que este estudo busca FAR que devem ser considerados, quando políticas inovadoras devem ser implementadas, exigindo uma mudança de comportamento. Mudança de com-

portamento na visão crítica e implementadora de corrigir distorções identificadas na atuação das instituições que fornecem serviços de saúde, e, principalmente, que são responsáveis pela formação de recursos humanos para tratar de saúde e de seus desvios, a doença.

Para o estudo dos FAR para os HUs, busca-se entender esta instituição. No CAPÍTULO II, caracteriza-se sua origem e seu papel junto aos cursos da área de saúde, em especial, ao curso de medicina, suas dificuldades, seus recursos e órgãos de apoio.

Considerando a complexidade organizacional dos HUs, no CAPÍTULO III, recorre-se a um referencial teórico da ciência administrativa sobre organização e ambiente, onde se constata a relevância das pressões ambientais, principalmente em nossa contemporaneidade, pela velocidade das mudanças externas às organizações, assim como também à maior complexidade interna atingida por estas. O aumento da complexidade interna das organizações tende a diminuir sua sensibilidade para os problemas externos, o que destaca a importância de instituírem-se mecanismos que identifiquem e acompanhem FAR para a organização. Mecanismos embasados em modelos e métodos qualitativos e quantitativos que viabilizam a análise ambiental, na percepção dos analistas e na visão estratégica da gerência.

Os métodos tradicionais só permitem o tratamento das variáveis relevantes quantitativas, problema totalmente estruturado. A análise conjunta dos aspectos quantitativos e qualitativos do ambiente exige metodologias novas, que fazem parte do arsenal da prospectiva, principalmente, análise sistêmica, matrizes de impacto cruzados e questionários.

A visão da realidade se obtém da percepção contida na dimensão normativa (valores), cognitiva (conhecimento), e afetiva (necessidade) do observador, indivíduo ou grupo, no contexto ambiental, econômico, social, político e cultural no qual estão inseridos.

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

Reconhecida a complexidade ambiental e a interdependência dos fatores ambientais, evidencia-se a necessidade de reduzi-la somente a fatores verdadeiramente relevantes, tornando possível à organização acompanhar estes fatores ambientais e, de forma dinâmica e flexível, adaptar seus planos estratégicos na implementação das políticas a que se propõe.

No CAPÍTULO V, encontram-se o modelo e os resultados do estudo de caso propriamente dito. O modelo usado para o alcance dos objetivos propostos compõe-se de métodos qualitativos/quantitativos. O primeiro constitui uma análise estrutural, para a qual compôs-se um grupo interdisciplinar, formado por docentes da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de diferentes áreas de conhecimento, formado por oito professores representantes das áreas de educação, administração, economia, engenharia, política, comunicação, contabilidade e saúde. O grupo, seguindo uma seqüência de passos na sua fase qualitativa, identificou o sistema a ser estudado, ou seja, o HUSM e o ambiente, com seus subsistemas, Assistência, Ensino, Pesquisa e Produção, e analisou-o sob o ponto de vista político, econômico, tecnológico, social, cultural e administrativo, listando e conceituando cada FAR. Na seqüência dos passos metodológicos, preencheram-se duas matrizes estruturais, segundo a percepção do grupo, das influências diretas entre os 52 fatores ambientais listados (Análise Estrutural).

A primeira matriz preencheu-se conforme a percepção de influências diretas entre os fatores, na situação atual — o que é — ou seja, como o grupo percebeu a influência direta entre estes fatores na realidade do dia-a-dia. A segunda matriz preencheu-se conforme a percepção de influências em uma situação desejada — o que deveria ser — com vista a um cenário normativo. O cenário normativo se fundamentou na declaração de Alma-Ata "Saúde para todos no ano 2000" (SPT-2000) e na política-missão que reza a nova Constituição Brasileira: "saúde é direito de todos e dever do Estado" (art.196) e "educação, direito de todos e dever do Estado" (art.205).

Quando a influência era considerada desfavorável, a grade

da matriz era preenchida com o sinal negativo. Quando a influência era favorável ou fortalecedora, o preenchimento era com o sinal positivo. Quando se julgou não haver influência alguma, o espaço ficou vazio. Em um segundo momento, avaliou-se a intensidade da influência se forte (F), média (M) ou pequena (P) na inter-relação dos fatores. Cessou o trabalho do grupo interdisciplinar, quando estas matrizes foram convertidas em dados numéricos, segundo a convenção, e processadas em programa fundado no modelo CHIVAS (Calcul de Hiérarchisation de Variables en Analyse Struturelle)* que introduz um mecanismo capaz de levar em conta as influências diretas e as indiretas. No cálculo algébrico processado da soma e subtração de influências, resulta uma lista hierarquizada de fatores ambientais relevantes, obtendo-se, assim, a indicação dos fatores de maior relevância para a atuação da organização, que por isso necessitam de um estudo mais profundo, para a situação atual e para a situação desejada.

Ainda para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho, usou-se a técnica da entrevista. Entrevistou-se um grupo de pessoas que ocupam cargos de chefia no Hospital Universitário em estudo, através do qual foi possível uma listagem de fatores ambientais relevantes na visão perceptiva deste (FAG), grupo este que vivencia a organização hospitalar.

No grupo de FAR, selecionados pelo método qualitativo/quantitativo, identificaram-se fatores situados em três grupos bem definidos; na organização, órgão implementador e executor das políticas; na população alvo das políticas; e no Estado, de onde emanam políticas e as normatizações.

No grupo de FAG observa-se uma predominância de fatores situados na organização, ou seja, no ambiente interno organizacional, e fatores do ambiente externo, que, quando surgem, estão situados no Estado, do qual a organização HU deriva e depende objetivamente.

* Método quantitativo que complementa o método qualitativo, quantificando as percepções de influências diretas e calculando as influências indiretas, permitindo a hierarquização dos fatores ambientais decorrentes da força de influência de cada um no sistema em estudo.

Entre o grupo de FAR na situação atual e o grupo de FAG faz-se um confronto, analisando-se as concordâncias e discordâncias.

A abordagem dos FAR selecionados permite a definição de variáveis, o estabelecimento de objetivos e prazos que poderão auxiliar a gerência no planejamento estratégico dinâmico com adoção de análise contínua e prospectiva na construção de cenários exploratórios.

O planejamento estratégico adequado exige esta interação organização-ambiente. A inovação e a mudança na organização necessitam de planejamento e ações embasadas na realidade, ganhando forças para quebrar a tendência a uma estabilidade excessiva, que coloca a sobrevivência como principal objetivo da organização, assim como a manutenção do "status quo".

Na conclusão, além de diagnósticos institucionais, delineiam-se caminhos para a montagem de uma monitoria ambiental com estruturação de um sistema de informação relevante (SIR) sistêmico e flexível. Instrumento que, adequado ao uso da gerência em tempo hábil, possibilitará tomada de decisão mais ajustada à turbulência das mudanças ambientais e um acompanhamento efetivo da implementação das políticas.

Ao concluir o presente trabalho, têm-se a amplitude do campo ambiental e a abrangência deste no desempenho do HU, como também as vantagens do uso de métodos mais científicos no estudo dos fatores ambientais, com a atuação de um grupo interdisciplinar formado por pessoas oriundas de vários campos do conhecimento.

CAPÍTULO I - POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

A Declaração de Alma-Ata (1978), que recomenda saúde para todos no ano 2000, continua sendo a política perseguida pelas organizações governamentais em nível mundial, com evidentes dificuldades operacionais nos países em desenvolvimento.

Política, no seu uso político e social mais comum, refere-se a "um curso de ação, real ou pretendido, concebido e deliberadamente selecionado após uma revisão das alternativas possíveis adotadas ou que se pretenda adotar."¹ Nesta abordagem, as políticas públicas de saúde e educação são vistas como um curso de ação pretendido, fazendo parte dos discursos governamentais que traduzem uma alternativa selecionada a ser adotada para sanar necessidades nas áreas de saúde e educação de RH para a saúde, no caso.

1.1 - Políticas Públicas/Sociais

As políticas públicas são criadas com um curso de ação voltado para uma finalidade, ou seja, a de sanar necessidades identificadas. A Política Pública, de sua postulação a ação, percorre um caminho que pode ser analisado em níveis.² Tem sua origem na dependência de interações de diferentes segmentos da organização governamental, englobando grupos de interesse, onde há

¹ Política (Administração) (Policy)-Dicionário de Ciências Sociais, FGV, MEC, Rio de Janeiro, 1986. p.921

² VIANNA, Jorge. Fundamentos da Política Pública. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1982. p.33-34.

negociações políticas, inclusive de cunho internacional, conciliações de objetivos e critérios de decisão. A Política surge, assim, como um "output" da organização governamental.

No Brasil, por exemplo, o Estado ao mesmo tempo que deve organizar o serviço público de saúde dando acesso a condições básicas de atendimento a todo cidadão, como reza a Constituição, é pressionado por instituições privadas para regulamentações que possibilitem a ampliação de seus mercados, seja no nível de prestação de serviços (clínicas, hospitais), seja no nível de produção industrial (indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares).

Quando os recursos financeiros são escassos, exigem priorização e firmeza nas decisões diante das forças de interesse.

A análise da Política Pública se baseia em um conjunto de ações concatenadas e desempenhadas por diferentes "policy makers" em diversos estágios de processo decisório, o que permite que se estabeleçam cinco níveis hierárquicos neste processo, a saber:³

- 1º) - regras de ações que valem para toda a organização de governo — as Missões — estão definidas na legislação maior da sociedade, na Constituição do país, nos decretos-leis ou nos regulamentos internos;
- 2º) - enunciados qualitativos que resultam os objetivos, os resultados desejados pela organização;
- 3º) - promoção dos objetivos nos diferentes níveis de unidades através das grandes linhas de ação;
- 4º) - viabilização das políticas com o estabelecimento das estratégias;
- 5º) - definição dos programas, orçamentos e ações.

Uma determinada Política Pública pode ser situada em qualquer dos cinco níveis, tanto quanto pode ser vista como uma cadeia de decisões que se inicia com as missões e vai até a alocação de recursos e implementação da mesma.

³ VIANNA, op. cit., p.46-47.

Dentre as Políticas Públicas, as políticas sociais que englobam, entre outras, as políticas de saúde e educação "resultam da intervenção do Estado nas questões sociais que têm como corolário a existência de uma relação de direito positivo que se estabelece entre o cidadão e o Estado."⁴ Nas políticas de saúde e educação, o Estado tem que assumir o papel de racionalizador do curso de ação, visando a dar aos cidadãos as condições de saúde e educação garantidas a ele, na Constituição, como direito.⁵

As instituições médicas correspondem, como instrumentos, às práticas, ao nível de execução dos programas, das ações, na implementação das políticas que irão conferir mudança ou manutenção das práticas.

Instituições responsáveis pela Saúde Pública, são consideradas: Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde e órgãos afetos, órgãos ligados à assistência médica, postos e hospitais de alguma forma vinculados à Previdência Social; seguros de saúde, sobretudo o INPS e instituições ligadas à elaboração (pesquisa) e reprodução (ensino) do saber médico, como Universidade, Instituto de Pesquisa, Associações Médicas entre outras. À medida que estas instituições desenvolvam práticas com reflexos econômicos, políticos e sociais significativos, tornam-se "aparelhos de sistema produtivo, passando a ser mais do que braços ideológicos do Estado."⁶ Portanto, as Políticas Públicas do trajeto que vai do nível de missão até o nível de orçamento e ações podem sofrer interrupções e mesmo alterações, resultando em um produto final distinto das intenções expressas na missão inicial. No trajeto da missão à ação das políticas, fatores ambientais relevantes na inter-relação de forças interferem nos resultados. Por isso, esses fatores devem ser conhecidos e monitorados quando da implementação destas políticas.

⁴ TEIXEIRA, S.Fleury. O Estado capitalista e Política Social. (mimeo).

⁵ Na Constituição Brasileira, promulgada em Out/88-art.196 estabelece como missão "... a saúde como direito de todos e dever do Estado" — art. 205 estabelece "educação como direito de todos e dever do Estado e da família"

⁶ LUZ, Madel. As instituições médicas do Brasil - Instituições estratégicas de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

1.2 - Políticas de saúde

Na revisão das necessidades de saúde, a concepção de saúde foi ampliada, sobrepujando o conceito de apenas "diagnóstico e cura de um evento patológico". A sua evolução se deve às discussões das tendências e perspectivas das ciências sociais na saúde e às relações internacionais que culminaram com a declaração de Alma-Ata (1978).

A "saúde para todos no ano 2.000 (STP-2000) é uma política social que está diretamente relacionada com o conceito de necessidades básicas, acesso aos serviços de saúde e sua utilização, e por outra, com educação e participação consciente de uma comunidade informada."⁷ O objetivo das ciências médicas, o indivíduo, não é meramente representado por corpos biológicos, mas por corpos sociais. São sujeitos sociais, com relações sociais que afetam sua maneira de viver.⁸ Portanto, o agente patogênico que determina a doença/saúde vai além do ser biológico ou bio-psíquico, está no meio social, cultural, político que o engloba.

As políticas de saúde refletem novos enfoques do processo saúde/doença com elementos sociais, econômicos e culturais no desencadeamento das doenças e a dimensão preventiva do processo, visando à reorganização dos serviços de saúde. Nesta racionalidade, espera-se uma política de saúde que apresente uma cadeia de passos a partir da missão constitucional, no caso brasileiro, "saúde como direito do cidadão e dever do Estado". Missão que fortaleça e multiplique estratégias e programas de ações integradas, com alocações de recursos adequados e controlados, assegurando acompanhamento e avaliações.

A forma como o Estado conduz o problema das condições sanitárias de uma população traduz, historicamente, a política de saúde. Aqui, a abordagem é da "política de saúde que introduz um cer-

⁷ XXI Conferência Sanitária Panamericana. Publicação Científica n.449, 1983 p.22.

⁸ TEIXEIRA, S.Fleury. Investigações de ciências sociais em saúde no Brasil. Caderno EBAP, n.29. Janeiro 1984.

to tipo de racionalidade burocrática na organização dos serviços de saúde do Estado."⁹

Segundo Madel Luz, a política de saúde, no Brasil, aparece como retórica, "Linguagem Oficial do Estado", em 1968, e a ação começa a acontecer, através de programas, na década de 70, tornando-se prioridade a partir de 1978, com centralização de recursos e órgãos que serão pontas-de-lança no processo racionalizador do Estado.

STP-2000 é um desafio e, mais do que um lema de escasso significado, constitui uma doutrina de ação expressa em três conceitos fundamentais:¹⁰

- conceito de equidade, a quimera e utopia que devemos perseguir apesar de tudo;
- conceito de eficácia/eficiência, porque não é justo que continuemos desperdiçando os escassos recursos de saúde disponíveis, enquanto se mantém uma parte importante da população privada de atenção e os custos sociais elevando-se em forma extraordinária;
- idéia de que saúde para todos exige a participação não só do pessoal de saúde como também da própria população — as comunidades, os governos, as sociedades e as nações — e que esta participação deve assumir uma dimensão intersetorial.

Em cada país, a ordem de prioridade deve estar apropriada às necessidades humanas básicas, e a trajetória crítica para satisfazê-las irá variar de acordo com os recursos disponíveis, as aspirações da comunidade, a vontade política e a capacidade institucional.¹¹

Desde a realização da Vª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, na qual se apresentou oficialmente o Sistema Nacional de

⁹ LUZ, op. cit., p.63. Mostra o Estado, nas Sociedades capitalistas, responsáveis pelas condições de saúde da população, tarefa evidenciada, com a industrialização como forma de garantir a força de trabalho.

¹⁰ MACEDO, Guerra de. La universidad y salud para todos en el año 2000. Editorial. Bol. of Sanit. Panam., 99(3):213, 1985.

¹¹ XXI Conf. SAn. Panam., op. cit., p.22.

Saúde (Lei nº 6.229/75), vem-se intensificando no país a discussão sobre a descoordenação existente entre os serviços de saúde e a insatisfação geral de dirigentes, profissionais e população em geral quanto à qualidade dos serviços prestados. As deficiências no gerenciamento, a desintegração de órgãos e a superposição de competência, afora a insuficiência de recursos são reconhecidos como determinantes da situação do sistema de saúde vivenciado.

Propostas se sucederam para a reorganização do sistema de saúde. Em 1980, o PREV-SAÚDE (Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde) propunha reorganização dos serviços de saúde com reversão do modelo privatista de prestação de serviço em um sistema único de saúde, com hegemonia do setor público e das práticas de atenção primária com hierarquização e regionalização — inviabilizada pela falta de apoio político e pressões de grupos de interesses empresariais.¹² Em 1981, o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), com a finalidade de reorganizar a assistência médica previdenciária, em cujo plano incluía o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), alcançou uma abrangência maior sob a forma de convênios com os estados e municípios e alterações significativas no sistema de remuneração das internações nos hospitais privados (AIH), por parte do INAMPS. O programa AIS foi a estratégia para a racionalização do Sistema de Saúde até o acontecimento da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

As propostas de reformulações das políticas de saúde, em 1986, na VIIIª CNS,¹³ teve, com a participação de quase todas as instituições que atuam no setor, grupos profissionais e partidos políticos, um marco que permitiu um alto grau de consenso. Passando pelo conceito de saúde como direito, revisou-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde que exigia uma reformulação, denominando-se Reforma Sanitária. Houve consenso quanto à necessidade do fortalecimento e

¹² TEIXEIRA, S.Fleury. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante e dois atrás? Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, Jan./Mar. 1985, p.52.

¹³ Relatório Final-VIIIª Conferência Nacional de Saúde-17 a 21 de março de 1986.

expansão do setor público e à natureza de um novo Sistema Nacional de Saúde.

Em consonância com os princípios da Reforma Sanitária, os Ministérios da Saúde, Previdência Social, Educação e Trabalho propuseram, em 1987, um novo convênio com os Governos Estaduais, para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS),¹⁴ contemplando significativamente as propostas preconizadas por esta.

A dimensão ampliada de saúde e aspecto preventivo do processo saúde/doença requer um compromisso internacional para coordenar ações em várias instâncias. As instituições de saúde, não sendo as únicas responsáveis pela situação de saúde da comunidade, devem estar abertas para coordenar ações com outras instituições responsáveis. Esta preocupação é identificada nas políticas emanadas no Programa Universidade Integrada ao Sistema de Saúde (UNISIS),¹⁵ que destaca o papel das universidades na coordenação e orientação desse processo. Há um chamamento ao papel transformador e coordenador das universidades.

Esta década deixa uma proposta clara, traduzida constitucionalmente, com uma política de saúde e de educação em nível de missão governamental, e ensaios com avanços e retrocessos na implementação em nível de programas, orçamentação e ação.

No processo evolutivo das políticas de saúde, que vai da missão a prática, observa-se no Governo de transição (1985-90) que, em decorrência da crise financeira da Seguridade Social e exaustão do modelo privatizante adotado pelo Sistema de Saúde, até então foi possível desencadear políticas que fortalecessem o setor público na prestação de assistência médica. Este fortalecimento foi dado por três medidas básicas:¹⁶

¹⁴Decreto nº 94.657, Jul. 1987.

¹⁵MEC/SESU, Jul. 1988.

¹⁶TEIXEIRA, S.Fleury. Política de saúde na transição conservadora. Rev. Saúde em Debate, CEBES, Set. 1989, p.50-53.

- 1a) - politização da questão saúde;
- 2a) - alteração da norma constitucional;
- 3a) - mudanças nas práticas institucionais, ainda que tênues.

Alguns avanços na implementação das políticas de saúde com reflexos operacionais se evidenciam nesses passos. A luta de forças entre os grupos de interesse persistem. Nesse mesmo período de governo de transição, houve inúmeras trocas de direções e retrocessos, pondo em risco a continuidade e efetivação da Reforma Sanitária.

No momento em que um novo governo assume (março/90), forças estratégicas em programas e propostas devem atrelar de forma mais rigorosa os princípios e diretrizes que poderão garantir a continuidade das ações, na efetivação das políticas de saúde.

O maior desafio é a implantação do Sistema Único de Saúde de forma descentralizada e com hierarquização das instituições nos níveis de atendimentos primários, secundários e terciários, garantindo racionalidade no atendimento médico da população. Para isso, paralelamente, devem estar garantidas as vias de financiamento como a identificação e acompanhamento de fatores ambientais relevantes (econômico, político, tecnológico, social, cultural, administrativo) para a implementação das políticas, permitindo a adequação das ações.

1.3 - Política de educação de Recursos Humanos para a Saúde

As projeções de SPT-2000 estão há 10 anos de nossos dias. O enfoque na saúde se expressa na utilização plena de atenção primária não só como programas isolados, destinados a atender a população de baixo nível de renda, mas especialmente uma estratégia de reavaliação e revisão de todo o sistema de saúde, em particular, dos níveis de atenção mais complexos, com vistas à

renovação do sistema no seu todo para estar a serviço da população. Nesta estratégia, evidencia-se a importância de formação de recursos humanos, que, por sua vez, visa a conferir capacidade de solução dos serviços de nível primário de atenção, incorporando-os ao sistema, para que sirvam de instrumento de transformação dos níveis secundários, terciários e até quaternários. A tecnologia complexa e de ponta é necessária e deve estar colocada dentro dos limites e condições adequadas de maneira que sejam realmente úteis para a saúde da população.

Apesar das dificuldades, da extensão da proposta — saúde para todos — e do tempo exíguo para sua realização — até o ano 2000 — está-se convencido da importância da meta. Acredita-se que os homens podem forjar o próprio destino e que a Universidade é a instituição que deve ser o instrumento e o lugar de auto crítica, estabelecendo condições para que se possa converter consciência crítica da sociedade em força de transformação.

A Comissão de Ensino Médico (MEC), em 1976, aconselhou a participação do estudante de medicina nos trabalhos das unidades de saúde de vários tipos, vários níveis, e declarou textualmente: "a articulação do Hospital Universitário com as demais unidades de saúde é um imperativo quer para o ensino médico, quer para a assistência à comunidade."¹⁷ Observa-se que a orientação de descentralização do ensino não é tão recente.

Na evolução do ensino médico, são assinalados três marcos.¹⁸ O primeiro, o marco científico (1930/60), em que o relatório Flexner (1910) é fator decisivo no assentamento das bases de ensino, é caracterizado pelo crescimento expressivo da ciência médica com ênfase nas especialidades (metodologia científica). O segundo, o marco da aplicação de modernas noções de pedagogia. Pioneiros da educação médica americana, aproximaram-se dos colegas da área de educação (1960). Um dos pioneiros, George Miller, recomendou "ensinar professores de medicina a ensinar." O

¹⁷ BRASIL-MEC. Comissão de Ensino Médico, doc.nº2 - Ensino Médico e Instituições de Saúde, Mar./74. In: ROSA/FRAGA. Hospitais Universitários: Conceitos e Perspectivas para a Educação e Assistência. Rio de Janeiro, Nov. 1976. p.307.

¹⁸ ROSA/FRAGA. Temas de educação médica. Novos rumos da educação médica. MEC/SESu, 1980. p.31-38.

terceiro marco, a partir de 1970, é o da preocupação com os aspectos sociais. O profissional médico tem-se formado em um modelo de ciência e de técnica com treinamento para atender ao doente, a individualidade biológica, despreocupado e com desconhecimento dos problemas mais amplos de saúde da comunidade.

Está a cargo das instituições formadoras captar a responsabilidade social do médico e procurar desenvolver esta consciência dentro da escola, enfrentando as resistências decorrentes da tradição da medicina individualista.

No enfoque de uma administração moderna, as políticas de Educação de RH para a saúde estão contidas em um novo marco conceitual, que considera: o contexto sócio-econômico e político; o desenvolvimeto científico e técnico: a situação da saúde; os padrões do exercício profissional e a estrutura e normas de funcionamento dos serviços de saúde, não só no que se refere à situação atual, o vivenciado, como à projeção de tendências e rupturas, ou seja, na visão de futuros possíveis - análise prospectiva. Fatores ambientais mostram, quando analisados e acompanhados tendências e variáveis possíveis de abordagens estratégicas para a condução aos resultados desejados.

Concebe-se a educação como instrumento e produto,¹⁹ como instrumento na medida em que poderá alterar padrões econômicos e sociais, e como produto na medida em que fica condicionada aos padrões de produção existentes. As transformações da prática dos profissionais da saúde dar-se-ão por via de transformações educacionais, tendo na escola o instrumento de ação, viabilizando a efetivação das políticas, através da formação de RH adequados em uma nova concepção ideológica de saúde.

Quando novos conceitos de formação de RH são abordados, alternativas inovadoras na docência e investigação devem superar a postura idealista de entender a educação como agente de mudança "per se". Isso significa compreender o caráter determinante da estrutura das práticas de saúde — a organização dos serviços de saúde — sobre o processo de formação de RH e, ao mesmo tempo, considerar a possibilidade das instituições formadoras constituírem-se em espaço garantido de produção de sabe-

¹⁹ SCHRAIBER, Lília. Educação médica e capitalismo. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1989. p.47.

res e práticas inovadoras em um contexto crítico e científico. A nova estrutura de serviços deve ser constituída com a participação das Instituições de Ensino Superior (IES), assim como as instituições prestadoras de serviços devem participar efetivamente da definição dos perfis profissionais junto às instituições formadoras em todos os níveis de ensino, médio, superior e de pós-graduação, tendo como base a realidade social.²⁰

A Constituição Brasileira dispõe como missão, entre outras atribuições do Sistema Único de Saúde, a de ordenar a formação de RH na área de saúde.²¹ Portanto, o Estado, com força constitucional, deve direcionar a formação de RH na área da saúde, através das instituições existentes. Nesse campo de força, precisa dar respostas práticas. "Está a exigir pessoas com tempo e liderança para levar o 'apetite' às coisas concretas."²² Para o desencadeamento de todo o processo, obrigatoriamente, deve-se contar com recursos humanos com a devida preparação para exercer a liderança de programas e ações, papel essencial para a eficácia da integração das ações de saúde.²³

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) vem desenvolvendo trabalho contínuo de análise e recomendações às escolas médicas quanto a reformulações de concepções e métodos para a formação mais adequada de recursos humanos para a saúde no tocante à formação médica, para o atendimento das necessidades bio-psico-sociais da comunidade. Os XXVIº e XXVIIº Congressos Brasileiros de Educação Médica versaram enfaticamente sobre a Reforma da Educação Médica com vista à legislação constitucional, com considerações e abordagem de problemas específicos e recomendações estratégicas. Assim, têm-se também outros trabalhos de relevância, na mesma linha, que definem, a partir das

²⁰Relatório Final. Conferência Nacional de RH para a saúde. 8ª CNS. Brasília, Out. 1986. p.27.

²¹Tit. VIII, da Ordem Social, Cap.II, da Seguridade Social, Seção II, art. 200, inciso II.

²²ABEM. Série Doc. nº 12/89, op. cit. p.14.

²³CAUDURO, J.Lampert. Liderança como papel essencial para a eficácia da integração das ações de saúde: ensino e assistência médica. XXIVº Congresso Brasileiro de Educação Médica, tema livre. Florianópolis, Out. 1986.

missões, linhas de ação e estratégias.²⁴

No relatório final da Conferência Nacional de RH para a saúde, encontram-se proposições e recomendações, na linha do que foi proposto na VIIIª CNS, rumo à Reforma Sanitária, quanto à preparação necessária dos órgãos de formação e aprimoramento destes recursos, assim como, à integração interinstitucional.

1.4 - Limitações das políticas

O que sempre chama a atenção é angustia as pessoas envolvidas com a transformação são as distâncias que vão da teoria à prática, no caso das políticas de saúde e educação de RH para a saúde, a distância que vai da política como proposta como missão, à prática desta política como programa, orçamento, ação. Existe um tempo de latência para a absorção da política no âmbito maior, para sua assimilação e sua aceitação ou não. Há as políticas que "pegam" e as que "não pegam". Vários estudiosos têm afirmado sua preocupação na dinâmica entre o gesto e a ação. "É preciso se precaver contra certos descompassos entre o que está explícito no texto e aquilo que a prática habitual das instituições promove efetivamente."²⁵ "... pode-se mudar a retórica institucional, muda-se mesmo o discurso normativo (leis, planos, etc.) sem se alterar radicalmente a prática institucional vigente."²⁶

O marco sócio-econômico e político distingue o país desenvolvido do país em desenvolvimento. O país em desenvolvimento apresenta como característica importante o alto grau de formalismo, a discrepância entre o formal e o real. O setor formal da

²⁴FEPAFEM (Federação Pan-Americana de Assoc. de Fac. de Medicina). Projeto EMA (Educação Médica nas Américas), Jun. 1988. Declaração de Edimburgo (Conf. Mundial sobre Educação Médica), Ago. 1988.

²⁵GOULART, F. Andrade. A organização dos serviços no SUDS: a visão do município. Rev. Saúde em Debate, CEBES, Abr. 1988. p.61-64.

²⁶LUZ, Madel. Op. cit. p.63.

sociedade, a estrutura administrativa e orgânica e a definição das funções dos organismos se modernizam muito mais rapidamente que o comportamento dos procedimentos que continuam muito dependentes dos valores culturais da tradição, afirma Motta.²⁷ No país em desenvolvimento, pode-se mudar estrutura, esquemas organizacionais e definições de funções sem afetar muito o comportamento individual, porque existe uma discrepância entre forma e comportamento.

A não identificação dos fatores ambientais relevantes (FAR) nos seus aspectos culturais, sociais, econômicos, políticos, administrativos, para a implementação das políticas, com o respectivo estudo de suas variáveis e índices, pode deixar de fora aspectos importantes no estudo desta constatação. Aspectos que, adequadamente trabalhados, poderiam viabilizar com maior agilidade esta passagem do teórico ao prático, uma vez que mostram com mais clareza as potencialidades e vulnerabilidades do ambiente onde se deseja que ocorram as mudanças.

Algumas limitações que impõem esta morosidade da mudança prática na linha de propostas da Reforma Sanitária têm sido observadas.²⁸ Estas limitações podem ser identificadas e situadas: nos instrumentos de implementação das políticas, nas instituições; na máquina governamental e no contexto da população alvo das políticas.

Nas instituições implementadoras das políticas existem limitações quanto à definição das tarefas, frente à reconceituação de necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias com o deslocamento da ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. A universidade, instrumento e lugar de crítica transformadora, oferece certa resistência em assumir seu papel de forma mais ampla e integrada. Quando se observam as instituições que se mobilizam para correções devidas dentro de uma filosofia humanística de ajustes sociais, encontram-se um número de ...

²⁷MOTTA, Paulo. Análises gerencial de los sistemas de salud. XXI Conf. Sanit. Panamericana. P. Cient. nº 449, OPS, 1983. p.15.

²⁸Ver GOULART, Op. cit. e TEIXEIRA, Op. cit.

"... programas verticais diversionistas e aliciadores e comissões nacionais de órgãos públicos que pouco saem dos gestos, diluindo esforços. Demonstra a falta de aglutinação de gestos para a fortificação do papel mais incisivo junto às instâncias decisórias sobre saúde em geral, educação em geral e ensino médico em particular — é o caso da ABEM (...)"²⁹

que não chega a constituir um órgão aglutinador.

O comportamento das pessoas, seja na universidade ou em outros serviços públicos de saúde, transparece aspectos culturais, morais e políticos que devem ser considerados. Os docentes, profissionais que atuam na área de formação de RH, têm enfrentado dificuldades para maior dedicação às atividades didáticas,³⁰ não tendo claro seu papel no processo de reformulação do sistema de saúde, o que contribui para que se porte mais para a manutenção do que para a transformação do atual sistema. A formação de RH, no tocante gerencial, sobressai-se pela escassez de técnicos qualificados para estas funções, o que constitui um desafio para sua implantação em grande escala. Ainda é observado, em consequência, que a formação de RH para a saúde não corresponde às necessidades na grande demanda de atenção primária de saúde, de modo geral.

Quanto à estruturação destas instituições, observam-se: a desintegração dos órgãos formadores de RH e prestadores de serviços; a desintegração inclusive intra-institucional, como o distanciamento entre serviços mais especializados e as redes de atendimento primário; a desintegração entre os cursos da área de saúde e, com frequência, entre as disciplinas dos cursos; a falta de participação efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional; e estruturas dos serviços de saúde e práticas vigentes, conferindo uma visão de mercado que não estimula a formação de RH de perfil mais sanitarista.

²⁹ SALGADO, J. Amílcar. Saúde, educação e ensino médico para além da nova Constituição. XXVIº Congresso Bras. Educ. Méd., Out. 1988. (Mimeo).

³⁰ CAUDURO, J. Lampert. Confronto entre o preparo docente e atividades desempenhadas por este na escola médica. Estudo do DCM do Curso de Medicina da UFSM, tema livre. XXIII Congr. Bras. Ed. Méd., Uberlândia/MG. Out. 1985.

No que diz respeito ao processo governamental, observam-se: jogos de interesse que fazem parte do processo democrático, dando vantagem aos grupos mais organizados e poderosos em um contexto político-econômico-social de grandes diferenças – concorrência desleal que legitima a intervenção racional do Estado; falta de definição e manutenção de recursos financeiros para os programas em andamento com ampliação de fontes – os recursos financeiros basicamente são dependentes da contribuição dos trabalhadores; burocratização excessiva que afasta a população da cena política, despolitizando o processo; fragilidade das medidas reformadoras em curso e a ineficácia do setor público, comprometendo todo o projeto de implantação; reorganização das forças da contra-reforma – interesses corporativos empresariais e institucionais afetados – coincidentes com a perda de espaço na coalisão governante.

As dificuldades observadas no contexto da população alvo das políticas se relacionam: a sua luta pela sobrevivência que não lhe dá espaço para outras lutas; a "gestão colegiada", a participação da comunidade como instrumento de acompanhamento e avaliação das políticas quase inexistentes nos serviços mais estruturados; a morosidade de resultados mais evidentes e resultados concretos no nível de saúde da população, reduzindo nitidamente o apoio popular.

Para Teixeira,³¹ a transição para a mudança das práticas, frente à passagem dos regimes de governos de autoritário para democrático, dá-se em duas etapas:

- 19) - ruptura com o autoritarismo, que estaria, portanto, sendo vencida neste governo dito de transição;
- 29) - a construção da democracia, que estaria apenas se iniciando.

A ruptura com o autoritarismo significa a abertura de possibilidades de instalar-se a situação democrática, muito na dependência das condições do cidadão, de maturidade e competência não só para participar e organizar-se, mas, principalmente,

³¹ TEIXEIRA, op. cit.

para assumir responsabilidade.

Considerando a organização embasada diante de seus objetivos, em tarefas, pessoas e estruturas fazem-se algumas considerações em relação à Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária tem claro seus objetivos (política-missão), suas tarefas estão delineadas e acompanhadas nas suas necessidades de maior explicitação, estratégias, programas. Mas, quanto às pessoas e à estrutura, no nível de implementação (Sistema de Saúde, Instituições formadoras de RH para a saúde), ainda estão sendo questionadas as concepções que fundamentam as mudanças estruturais necessárias para porem em prática as tarefas propostas. Um exemplo são as instituições formadoras, com sua estrutura (currículos) e RH (docentes) que não consolidaram o novo conceito de saúde, na sua abrangência social, pelo que se traduz ao observar as práticas vigentes predominantes e mesmo os currículos e programas. A organização dos Sistemas de Saúde, por outro lado, não mostra uma estrutura de mercado que estimule, que garanta absorção de outro tipo de profissional, com o mesmo destaque sócio-econômico, que não seja o que até agora predominou.

Não se pode perder de vista a necessidade de avançar no conhecimento de aspectos culturais com vista a uma transformação "que penetrasse entre os administradores, médicos, técnicos e docentes."³²

"Reconhece-se o fato de que a Reforma Sanitária, enquanto projeto, ainda é virtual por referência às mudanças necessárias ao modelo assistencial. Assim ainda não exigiu da Universidade as modificações imprescindíveis na formação dos recursos humanos. A escola médica e mesmo a ABEM parecem ter uma aceitação tácita da Reforma Sanitária, mas que não se expressa concretamente em nenhum projeto mais orgânico."³³

"As normas e valores culturais de uma sociedade impõem restrições ao que de melhor se pode fazer com a matéria-prima das organizações."³⁴

Paim, discorrendo sobre as possibilidades da Reforma Sa-

³² ROSSANDRA, Marina. Sistema de saúde e cultura para a saúde. Revista Saúde em Debate, CEBES, Set. 1989. p.37-8.

³³ ABEM. Série Doc. nº 12/89. op. cit. p.21.

³⁴ PERROW, Charles. Análise organizacional - um enfoque sociológico. Atlas, 1981. p.147.

nitária nos seus vários aspectos (políticos, jurídicos, organizacionais, tecnológicos), aborda a questão moral que atravessa as instituições, seja a Universidade, sejam os serviços públicos de saúde, o que compromete a Reforma pelos componentes comportamentais. Chama a atenção que a Reforma Sanitária,

"... na sua dimensão cultural parece exigir uma reforma intelectual e moral, conduzida por novos intelectuais coletivos, orgânicos às transformações necessárias."³⁵

As políticas de educação de RH para saúde assim como as políticas de saúde, de sua missão à ação, abrem-se em um leque de estratégias, programas, orçamentos e ações nas diversas instituições implementadoras. Instituições que apresentam peculiaridades, merecendo estudo com identificação de fatores ambientais relevantes para sua atuação e adaptações adequadas em um processo contínuo de acompanhamento e avaliações.

A reconceituação das necessidades e a crítica das práticas dificilmente acontecerão sem o conhecimento analítico da realidade local e regional de cada instituição implementadora das políticas, para o confronto com a prática e estabelecimento do grau de adequação das mesmas.

³⁵ PAIM, Jairnilson Silva. A universidade e a reforma agrária. Bol. ABEM, 25(5), Set./Out. 1989.

CAPÍTULO II - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Os Hospitais Universitários (HUs) são hospitais de ensino, ligados a universidades e, conseqüentemente, ao Ministério de Educação. São de fundamental importância política e estratégica, dentro do sistema de saúde, simultaneamente como formadores de recursos humanos para a saúde, prestadores de serviços assistenciais e produtores de conhecimento.

2.1 - Sua origem e seu papel

O conceito de HU começou, fora do País, em 1910, no relatório Flexner, que propugnava docentes em horário integral e com recursos de pessoal e equipamentos, em um Hospital de cunho universitário.¹

No Brasil, as Santas Casas, que eram utilizadas pelas faculdades para o ensino prático de medicina, eram caracterizadas como Hospitais de Ensino e atendiam uma clientela formada por pacientes indigentes.

Na década de 60, começaram a surgir, a ser construídos, os hospitais para as escolas médicas, decorrentes da aspiração destas de possuírem hospital próprio. Hospitais para ministrar as práticas do curso médico com o grau de diferenciação correspondente ao progresso científico e tecnológico das especialidades e, ao mesmo tempo, possibilitando desvincilhar-se dos even-

¹ PEÇANHA, Antonio José. Hospitais universitários. Rev. Divulgação em Saúde e Debate, Set. 1989. p.41. CEBES.

tuais atritos que ocorriam com a administração de estabelecimentos hospitalares, com os quais mantinham convênios para a administração do ensino prático.

Através do documento nº 2 da Comissão de Ensino Médico,² todos os hospitais pertencentes às universidades passaram a denominar-se Hospitais Universitários, antes recebendo denominações tais como: Hospital das Clínicas, Hospital-Escola, Hospital de Ensino. Decorrente das várias denominações dadas e usadas para os hospitais que respondiam pela formação de RH para a saúde, o MEC, através da Portaria nº 111, de 23/03/84, uniformizou a denominação para os hospitais de ensino, ficando assim discriminados:³

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - hospital de propriedade da universidade pública ou privada, ou a ela vinculado por regime de comodato, devidamente registrado;
- HOSPITAL-ESCOLA - hospital de propriedade de escola isolada, pública ou privada;
- HOSPITAIS AUXILIARES DE ENSINO - hospitais que não são de propriedade de universidade ou de escola médica, nos quais, entretanto, são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de cursos de graduação ou de pós-graduação da área de saúde;
- HOSPITAIS PRÓPRIOS DA REDE FEDERAL - hospital de propriedade de universidade federal ou de escola médica isolada federal;
- HOSPITAL DE ENSINO - denominação aplicável ao conjunto dos hospitais universitários, hospitais-escola, hospitais auxiliares de ensino e hospitais próprios da rede federal.

Os HUs são, portanto, hospitais de ensino ligados à universidade pública ou privada, perfazendo um número total de 38,

² MEC/SESu. Hospital de Ensino. Diretrizes para seu funcionamento. Brasília, Nov. 1979.

³ Divulgada pelo Boletim da ABEM, 16:(2), Mar./Abr. 1984.

hoje, no Brasil. Foram criados para atender a necessidade do ensino prático das escolas médicas, situando-se nas políticas de saúde e de formação de RH para a saúde. Os HUs foram entregues aos docentes das escolas médicas, inclusive para sua administração.

O corpo clínico dos HUs ficou sendo composto fundamentalmente pelo corpo docente das Escolas Médicas, formado, em maior número, por especialistas. Os HUs, no evento das especializações, requereram tecnologia adequada para o atendimento das exigências das diversas especialidades. Atendo-se a atender às exigências curriculares da Escola Médica, diminuía e até cessava, durante as férias curriculares, suas atividades assistenciais, porque se esvaziava de alunos e professores. Sua clientela era composta, na sua maioria, por indigentes, chamados, então, de "não contribuintes". Eram mantidos pelo MEC e não tinham compromisso com a produção, menos no que tange à sua auto-sustentação.

Caracterizou-se, portanto, como instituição onerosa ao Estado, à sociedade, uma vez que não se traduzia em melhora das condições de saúde e do atendimento à população. Em consequência, evidencia-se uma forte pressão social para que o HU atenda a demanda dentro da sua disponibilidade de recursos.

A observação de que parcela cada vez maior da população começava a utilizar-se da Previdência Social e que os gastos com assistência social e hospitalar não eram despesas de ensino, mesmo que estivessem ligadas a este, resultou no Decreto nº 63.341/68, que estabeleceu: "evitar-se a construção de novos hospitais de clínicas... aos existentes, o INPS deverá reservar quota substancial de seus convênios."⁴ Assim, inicia-se a aproximação entre as duas instituições, que dará origem ao enlace entre o Ministério da Educação (MEC), então denominado Ministério de Educação e Cultura, e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) através de convênio-padrão a partir de 1976, sendo o INAMPS, ainda hoje, o principal e quase absoluto comprador dos serviços

⁴ Decreto 63.341, de 01/10/68, art. 2, item IV. In: ROSA/FRAGA. Hospitais universitários: conceitos e perspectivas para a educação e a assistência, op.cit.

prestados pelos HUs.

A Lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, estabeleceu que ao MEC cabe a manutenção dos hospitais de ensino, "zelando para que... prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem."⁵ Segue-se tempo de definições e estabelecimento de responsabilidade de cada um, MEC e MPAS, e a busca de solução para a categoria de docentes clínicos que assumem além da tarefa de ensino a prestação de serviços médicos.

No aspecto administrativo, a Comissão de Ensino Médico,⁶ abordando o desempenho dos HUs, notifica a dificuldade e restrição na adoção de planejamento por estes. Uma vez que "implica análise e avaliação e prefigura controle," e os médicos docentes, aos quais cabe a maior parcela de poder estão treinados pela sua própria formação acadêmica para prescrever ordens.

"... o médico e, mais do que o médico, o professor de medicina, é naturalmente infenso a controles administrativos (...) o ingresso de pessoal administrativo significa, para o médico, a divisão de poder que sempre enfeixou."⁷

Quando ocorre o planejamento, o parâmetro fundamental raramente tem sido "a adequada avaliação da demanda real* da população a ser servida, no caso do hospital de ensino, quer do ponto de vista assistencial como, igualmente, do educacional,"⁸ do que devem decorrer distorções.

A Comissão de Ensino Médico sintetiza:

"O hospital universitário deverá ser dotado de modelo organizacional dentro de modernos conceitos de administração, devendo, para isso, ser-lhe conferida ampla autonomia de gestão. Neste aspecto deverá ter também um corpo clínico bem estruturado, consciente de suas responsabilidades face à administração, com capacidade de auto-avaliar-se tendo em vista sempre a su-

⁵ Art. 4, inciso III, letra a).

⁶ MEC/SESu. Hospital de Ensino. Diretrizes para seu funcionamento. Brasília, Nov. 1979. Doc. nº4.

⁷ Doc. nº 4, op. cit. p.9.

* Demanda real é a demanda atual vigente mais a demanda reprimida, a demanda não atendida.

⁸ Ibidem. Neste documento, a Comissão de Ensino Médico faz o reconhecimento de oito itens a serem considerados no planejamento do hospital.

perior qualidade de seu desempenho."⁹

Embora o financiamento dos HUs tenha sido dado com o orçamento da educação, que prevê os recursos para pagamento do salário de pessoal, e com os recursos da seguridade social através de convênio-padrão, o MEC tem subsidiado extra-orçamentariamente os déficits operacionais de vários dos seus hospitais. Déficits atribuídos a defeitos de planejamento e gerência, mas, em grande parte, devido à cobertura insuficiente dada pela Previdência.

Na existência dos HUs, com destaque dos objetivos de ensino e pesquisa, tem-lhe sido recomendado sua inserção no sistema de saúde, mas é no momento atual que lhe é mais enfaticamente exigida esta integração, correspondendo à necessidades de atendimento médico, no que lhe compete na hierarquização dos serviços de saúde. Assim, à escola médica e a outras escolas da área de saúde, é recomendado, não só o uso do HU, para o ensino prático, mas toda a rede dos serviços de saúde nos seus níveis primário, secundário e terciário.

Tratando-se de instituições hospitalares por sua natureza, os HUs representam entidades complexas, por fazerem parte das universidades, inseridos em atividades que envolvam, simultaneamente, ensino e pesquisa, devem ser foro de produção e reprodução do saber, o que aumenta ainda mais sua complexidade natural. Como organizações contemporâneas, apresentam complexidade de uma dinâmica social, política e econômica comum às organizações, acrescida pelas mudanças radicais e abruptas impostas pela revolução científica e tecnológica e pelas reivindicações constantes por modelos mais democráticos. Por estas razões, ligadas à necessidade de inserir-se no SUS com certa liderança e autonomia, é que os HUs se apresentam com conotação de organizações das mais complexas da nossa contemporaneidade.

Paralelamente, exige-se, também, dos HUs a busca de sua auto-sustentação, no que se refere à sua manutenção.

Os HUs, jurisdição do MEC, continuam sob a responsabilidade dos docentes-médicos, ligados que são às universidades, de-

⁹ DOC. n.4 - MEC/SESU, op. cit., p.12

vendo agora responder a novas políticas de saúde e educação de RH para a saúde, na medida em que se integram a outras instituições de saúde com mecanismo de referência e contra-referência e deverão corresponder na assistência e educação à fase de maior complexidade dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Antes, uma instituição de caráter didático e de pesquisa, onde a assistência médica era uma decorrência, os HUs eram uma extensão das escolas da área de saúde. Inter-relacionavam-se com o MEC pela sua dependência, quanto ao fornecimento do quadro funcional e suplementos de sua manutenção, e com o INAMPS, através do convênio MEC/MPAS. Agora, inserindo-se no SUS, é-lhe exigido atender a demanda assistencial na plena capacidade e competência de seus recursos, integrando e interagindo no sistema de saúde local e regional, devendo inter-relacionar-se com a população na sua demanda nosológica, respondendo à necessidade de nível terciário.

Nesta nova situação, deve produzir de forma a garantir a sua manutenção, não descurando do aprimoramento da qualidade dos seus serviços.

Portanto, os HUs, além de caracterizarem-se como uma das mais complexas organizações da nossa contemporaneidade, constituem um desafio gerencial ao docente-médico que assume suas direções.

2.2 - Apoio e recursos para os HUs

Na prática, os convênios-padrão entre MEC/MPAS com vista à assistência médica prestada pelos hospitais de ensino com vantagens proclamadas não têm satisfeito a maioria dos HUs. A razão fundamental é a baixa remuneração paga pela Previdência aos serviços médicos prestados, com reajustes que não acompanham os índices inflacionários, passando o sistema educacional (MEC) a financiar o assistencial (MPAS). Para a melhoria dos convênios, foram envidados esforços, que vieram garantindo a sobrevivência

da instituição hospitalar dos HUs. Entre estes, em 1976, foi criado o Departamento dos Hospitais de Ensino, ligado à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em busca de soluções através de discussões e estudos. Em outubro de 1981, instalou-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)¹⁰ com melhoria no entendimento entre MEC e Previdência Social quanto à posição a ser atribuída aos hospitais de ensino no sistema assistencial.

Em janeiro de 1982, pela Portaria nº 188-Secretaria de Serviços Médicos do MPAS, nova tabela estabeleceu valores proporcionais aos índices de inflação e fixou retribuição a procedimentos especiais.

"No mês de fevereiro, o CONASP, aprovou os princípios gerais que deveriam nortear a redação do novo Convênio-Padrão entre os hospitais de ensino e o INAMPS. Esses princípios foram integralmente acolhidos na Resolução CIPLAN nº 4/82, promulgada pelos Ministros de Estado de Educação e Cultura, Saúde e Previdência Social."¹¹

Entre estes princípios salientam-se: a equiparação das assistências rural e urbana; a introdução de critérios para classificação dos Hospitais de Ensino, segundo características próprias; a inclusão desses nos sistemas regionalizados de saúde com definição de seu papel de referência e participação no planejamento regional; a introdução de mecanismos de avaliação, visando à economia de custos e à qualidade dos serviços; a bilateralidade das decisões com referência a qualquer modificação do convênio, instituindo-se para este fim um Grupo Permanente de Técnicos da Secretaria de Educação Superior/MEC e da Secretaria de Serviços Médicos/MPAS.

A Comissão Técnica dos HUs, vinculada à CIPLAN (Comissão Interministerial do Planejamento), contando com o apoio do Departamento de Hospitais da ABEM, realizou, em 1985, uma reclassificação dos HUs sob novos critérios, criando o Índice de Valorização do Desempenho Hospitalar (IVH) e os Índices Adicionais de Valorização (IAV), que permitiram a estes maior aporte de recursos financeiros por parte do INAMPS. Esses índices via-

¹⁰ ABEM. Boletim 14(1), Jan./Fev. 1982.

¹¹ Ibidem.

bilizaram, pela primeira vez, uma remuneração diferenciada por parte da Previdência Social aos HUs, visando estimular estas unidades a participarem especialmente da formação do médico geral, e a desenvolverem programas de integração com outros níveis de atendimento da rede geral de serviços de saúde.

O Ministério de Educação, através da Secretaria de Ensino Superior (SESu), vem desenvolvendo atividades com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade de ensino universitário. No que se refere ao ensino em saúde e ao binômio educação-saúde, os HUs estão tendo alta prioridade na obtenção de apoios e recursos, evidenciados pela implantação do Plano Nacional de Apoio ao Desenvolvimento dos Hospitais Universitários (PNADHU).¹² Esse programa, sob a responsabilidade da SESu, tem a coordenação operacional da Assessoria Especial das Ciências da Saúde, proporcionando aos hospitais a melhoria gradual de sua infra-estrutura, de modo a assegurar-lhe recurso e melhores condições para o desempenho de suas funções docente-assistenciais. Esse programa prevê três linhas de ação: provimento de pessoal, capacitação gerencial e recuperação dos HUs.

As direções dos HUs e das Escolas Médicas, nos últimos anos, têm sido envolvidas em seminários promovidos pela SESu através da Assessoria das Ciências da Saúde com o co-patrocinio da CIPIAN. Esses seminários objetivam dar subsídios para melhor equacionarem, em âmbito estadual e municipal, problemas de saúde da população no que se refere à reconceituação das necessidades de saúde, dos serviços de saúde e à adequação da formação do RH para a saúde.

Preocupados com os problemas de assistência médica e com a integração do ensino e serviços com a racionalização do atendimento dispensado à comunidade, não se tem abordado a questão da pesquisa nos HUs, restringida apenas a ser citada junto ao ensino como papel de distinção destas instituições. A pesquisa tem sido relegada a um segundo momento, uma vez que ela surgiu, no

¹² MEC. Portarias 815 e 816, Nov. 1986.

Brasil, dissociada do ensino.¹³ Acredita-se, por influência francesa, a pesquisa era para ser realizada por instituições especialmente criadas para esse fim. Assim surgiram, no final do século passado, o Instituto Bacteriológico de São Paulo, para vacinas; o Butantã, para soros antiofídicos e, já no início deste século, o Instituto Soroterápico Federal, que veio se constituir no Instituto de Manguinhos.

A vinculação ensino-pesquisa teve início institucional a partir de 1920. Na década de 30, surgiram a Universidade do Estado de São Paulo (USP) e a Escola Paulista de Medicina, voltadas para a investigação, e logo a Comissão Nacional de Pesquisa (CNPq).

Por outro lado, as Escolas Médicas, enquanto conveniadas com as Santa Casa, não tinham previsão orçamentária para executar pesquisas, o que se esperava viesse a ser sanado com o surgimento dos HUs. Aconteceu, que os HUs, com as dificuldades financeiras que sempre se defrontaram, limitaram-se a dar assistência e treinamento, e a pesquisa ficou sem fomento, reduzida a alguns pequenos grupos e a iniciativas isoladas que não contavam com o compromisso institucional.

Pensando os HUs como instituições que não podem descurar da pesquisa, a qual garantirá o espírito crítico e de aprimoramento da qualidade de ensino e assistência, a Reforma Universitária deu uma luz quando preconizou: "Ensino e Pesquisa são indissolúveis."¹⁴ Essa nova política, então, deu forte impulso aos cursos de pós-graduação no país, via CNPq, articulado ao CFE (Conselho Federal de Educação), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e FUNTEC (Programa de Desenvolvimento Tecnológico - BNDES).

Na área médica, a pesquisa teve impulso nas áreas básicas morfologia, fisiologia, bacteriologia, parasitologia, imunologia e não nas profissionalizantes, nas clínicas, ministradas nos hospitais. Conseqüentemente, os HUs ficaram à margem da pesquisa institucionalizada.

¹³ LEMLE, Alfred. A pesquisa nos HUs: uma questão definitivamente política. *Rev. Acadêmica*, 2(2):44, Abr./Mai./Jun. 1988. Órgão oficial da Faculdade de Med. do HU Clementino Fraga Filho da UFRJ.

¹⁴ LEI 5540/68, cap.I, art. 29.

No acerto do novo Sistema de Saúde (SUS), em que se preconiza integração, regionalização, hierarquização, tem-se debruçado sob a formação dos RH adequados para este fim, sem ter-se ainda preocupado com a pesquisa e, principalmente, com a definição das linhas de pesquisa nas instituições dos HUs. Portanto, é hora de os HUs se posicionarem na reordenação dos serviços de saúde e no seu papel de ensino e pesquisa, definindo linhas de pesquisa e garantindo orçamentos para cada um destes subsistemas, o que lhe conferirá senso crítico e aprimoramento de qualidade, que lhe devem distinguir.

Para tanto, precisa-se superar um mito e dois preconceitos.¹⁵ O mito refere-se à pesquisa como sendo somente para iluminados, requerendo atributos especiais do pesquisador. O primeiro preconceito

"... diz respeito especialmente a palavra 'gerência'; até há bem pouco tempo atrás falar em gerência de serviço público era falar palavrão, como se gerência fosse coisa exclusiva do setor privado na sua busca por lucro. Tal preconceito traz implícito o medo de outras palavras como supervisão, acompanhamento e avaliação, controle, auditoria; tem-se medo de quaisquer informações ainda que as mínimas necessários."

O segundo preconceito está relacionado com o prejulgamento dos serviços de saúde, rotulando-se de bons e ruins, sem a devida avaliação prévia.

Na necessidade de superar mitos e preconceitos, Nicz destaca algumas pré-condições para que a pesquisa seja encarada como rotina de trabalho, entre estas: o privilegiamento também das pesquisas operacionais, em especial as que buscam achar indicadores mínimos para a melhor gerência dos serviços, tanto na área finalística (técnica) como na área meio (administrativa); pesquisa de mercado buscando ver como a população vê os serviços que lhe são prestados.

Os HUs, pressionados a assumirem a sua auto-sustentação, forçados a aumentarem sua produção e atenderem à demanda real, buscam, no serviço assistencial do docente, programas de inte-

¹⁵ NICZ, L. Fernando. Pesquisa em serviço e implantação do SUDS. Revista Saúde em Debate, 26:55, CEBES, Set. 1989.

gração docente-assistencial (IDA), e, na contratação de médicos assistenciais, através de concurso, cobrir a demanda reprimida. Nessa tentativa, criam uma distorção. A contratação de profissionais assistenciais com vantagens salariais distintas e superiores às dos docentes provoca descontentamento e constrangimentos internos com influência direta na motivação do corpo docente.

A busca de viabilidade administrativa através de apoios e recursos adequados em todas as áreas que garantem substrato logístico é imperiosa.

2.3 - Órgãos gestores do sistema saúde

Desde a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), o MEC vem participando, em todos os Estados, com representação nas Comissões Inter-Institucionais da Saúde (CIS), órgãos gestores máximos do Sistema de Saúde no âmbito estadual.

O MEC propôs, através da SESu, o Plano UNISIS (1988), com objetivos gerais definidos e diretrizes das atividades de Assistência, Ensino e Pesquisa que explicitam o papel e localização dos HUs nos SUDS. Os HUs deverão cumprir diferentes papéis no SUDs nos seus respectivos municípios/regiões/estados, dependendo de seu porte e complexidade tecnológica. Devem atuar como centro de referência nacional, estadual, regional, ou local, desempenhando funções que deverão ser planejadas em conjunto com os demais gestores do SUDS, entre os quais a universidade deve executar papel coordenador.

O Plano UNISIS define dois "movimentos políticos-operacionais" como questão estratégica básica para sua efetivação. Estão eles no âmbito interno de cada Universidade/IES, envolvendo reitoria, CCS, Cursos e Hospitais de Ensino e, no âmbito externo, na relação Universidade/IES com outras instituições de saúde e respectivos colegiados inter-institucionais e Núcleos Gestores distritais (CIMS - Comissão Intermunicipal da Saúde; CRIS

Comissão Interinstitucional de Saúde) e com a CIPLAN (Comissão Interministerial do Planejamento). No âmbito local, os instrumentos aglutinadores do processo de integração serão o SUDS local e a articulação com os demais âmbitos político-administrativos, que se fará sempre a partir das mencionadas comissões gestoras.

Observa-se que, a partir dos diagnósticos firmados na Vª Conferência Nacional de Saúde - CNS (1975), houve uma evolução das políticas decorrentes saneadoras que vieram recebendo várias denominações: Prev-Saúde, CONASP/AIS, Reforma Sanitária, SUDS, todas com investidas estratégicas e recuos, mas sempre somando pontos que têm garantido, hoje, o avanço na implementação das políticas.

Nesta caminhada, já com alguns obstáculos vencidos, é tática a consciência de que muitos outros devem ser transpostos. É nesta expectativa que as universidades e seus hospitais não podem descuidar de sua participação de cunho acadêmico comprometido com a produção do saber.

No sentido de deixar claro o texto constitucional na proposição de legislação ordinária que regulamenta o SUS, a Universidade de Brasília (UnB), atendendo a solicitação do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Instituto de Planejamento Econômico Social (IPEA), Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), reuniu especialistas para a elaboração do projeto de lei. Em discussão ampla foram analisadas várias proposições, entre as quais:¹⁶

- supressão de qualquer tipo de prestação de serviço de nível federal, pela dificuldade de definir serviços de inferência nacional. É o caso dos HUs...

"... onde determinados serviços detêm alta tecnologia e funcionam, efetivamente, como referência nacional, enquanto outros serviços, de menos complexidade tecnológica, atendem somente à nosologia regional.

¹⁶ CAMPOS, F.E. & GIRARDI, S.N. Nota sobre a co-gestão entre o HUs e as secretarias estaduais de saúde. Rev. Saúde em Debate, 25:09-15, CEBES, Jun. 1989.

As referências nacionais serão executadas pelos Estados que teriam garantidas compensações financeiras nos repasses federais:

- o papel da União se reservaria à formulação e compatibilização das políticas, apoio estratégico no controle de qualidade, informações sobre endemias, produção de insumos e imuno-biológicos, preparação de RH, etc.;
- os serviços com atuação supra-municipal deverão ser estaduais, os que se limitam ao município deverão ser descentralizados para a esfera municipal, assim como equipamentos e recursos;
- princípio de comando único em cada nível (municipal e estadual) de forma a garantir gestão democrática, com papel destacado para os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que substituirão as comissões (CIR, CRIS) com funções deliberativas);
- extinção dos convênios dentro do setor público;
- a receita tributária é a gerada no próprio nível de governo, acrescida de recursos repassados pelos níveis mais centrais.

A proposição se concentra em dar aos HUs um tratamento diferenciado, o art. 15 do Anteprojeto de Lei determina a co-gestão. Em conformidade, os HUs "passam a ser co-geridos pela instituição acadêmica e pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde."

O tratamento diferenciado dado aos HUs deve-se ao fato de que, nas prestações de serviços dispensados pelas instituições acadêmicas ganham relevo os aspectos de ensino-aprendizagem e de investigação, e o resguardo à autonomia que implica:

"... aumentar e qualificar a participação da universidade, democratizando sua gestão (...) única fórmula capaz de fazer efetivamente frente aos contra-tempos propiciados pelas conjunturas políticas instáveis e autoritárias que freqüentemente, assombram nossas paragens."

Os HUs funcionariam em co-gestão com a Secretaria Esta-

dual, que será a gestora do Sistema Estadual de Saúde e a administradora do Fundo Estadual de Saúde, "assegurando a continuidade destas instituições no importante papel que lhes cabe."

Neste mesmo trabalho¹⁷ são colocadas algumas das alternativas discutíveis para o relacionamento entre os HUs e o SUS, quais sejam:

- o HU funcionaria paralelamente aos SUS retornando à situação original de pesquisa e docência;
- relação mercantil com o SUS como a que se observa hoje entre compradores, colegiados inter-institucionais e vendedores, os HUs, sem a participação na formulação e implementação das políticas de saúde da instituição acadêmica;
- integração programática - as instituições reunidas dividiriam encargos e responsabilidades, mantendo sua individualidade à semelhança do que se experimentou no programa de AIS;
- co-gestão - em nível de cada HU seria criado uma instância de "discussão e de deliberação sobre a participação desta Instituição no conjunto da prestação de serviços à saúde";
- incorporação dos HUs ao SUS - pela convicção de que não tem sentido a existência autônoma de serviços de saúde vinculados às instituições acadêmicas e que apenas o comando único assegura funcionamento regionalizado, hierarquizado com padrões técnicos normatizados.

Na exposição destas alternativas, observa-se a preocupação com: a organização do Sistema de Saúde; a definição de funções de cada instituição; o perfil dos RH necessários e a forma de interdependências administrativas. No caso dos HUs, distinguidos das demais instituições hospitalares pelo ensino e pela pesquisa, está em tempo de discussão quanto à forma de inserção no sistema à medida que esta já venha acontecendo. O ensino que

¹⁷ CAMPOS, op. cit.

faz parte de sua missão está sendo questionado na forma e no perfil do profissional egresso da escola médica que recebe o seu treinamento exclusivamente no hospital. E a pesquisa, embora sempre citada nos objetivos institucionais, parece estar relegada a um segundo plano, aguardando que sejam resolvidos primeiramente os problemas de ensino e assistência.

A Lei 5540/68 diz que "ensino e pesquisa são indissolúveis". Certamente a pesquisa a que se refere a Lei deve ser mais abrangente que a pesquisa bibliográfica para o preparo das aulas didáticas. As linhas de pesquisa das universidades e HUs, existindo, não estão sendo devidamente divulgadas e discutidas dentro das políticas de saúde. Questões pairam ainda sem respostas ou com respostas parciais no momento imediato. Respostas que não podem tardar. As investigações dirigidas para o conhecimento da realidade trarão subsídios para revisão de conceitos e estratégias na implementação das políticas.

CAPÍTULO III - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO ENFOQUE ORGANIZACIONAL

Os homens, em seu ambiente lutam pela sua sobrevivência, criando e desenvolvendo organizações. No nível mais geral, eles dão início a novas organizações ou contribuem para as já existentes, porque, desse modo, encontram melhores soluções para os problemas ambientais com que se defrontam. Assim, os homens em sociedade se organizaram, constituíram o Estado e uma organização governamental que, por sua vez, para implementar políticas públicas, regulamentou outras organizações. Dentre as organizações do sistema de saúde, nos seus vários níveis e graus de complexidade, estão os HUs. Os HUs são caracterizados como organizações complexas. Para o entendimento da organização HU no seu contexto, busca-se embasamento de componentes essenciais na ciência administrativa.*

Parte-se da premissa de que toda organização é fruto de necessidades ambientais, portanto, necessita manter uma relação dinâmica com o ambiente, que é mutante, para garantir além da sobrevivência o seu desenvolvimento.

"Na medida em que se modificam as condições ambientais, altera-se não só a possibilidade de alcance dos objetivos e resultados desejáveis, como também o que é desejável. Daí a necessidade de se desenvolverem alternativas ou ações potenciais, que direcionem e possibilitem o redirecionamento constante dos objetivos e dos caminhos da organização.¹

* Em estudos recentes da divergência sobre se a administração é ciência ou arte, admite-se que é um pouco de ciência e um pouco de arte. Dicionário de Ciências Sociais, FGU, MEC, RJ, 1986. p.23.

¹ MOTTA, Paulo. A conquista da visão estratégica. 1989. p.11. (Mimeo).

A grande multiplicidade de fatores ambientais e a sua dinâmica de mutações cada vez mais acelerada impossibilita a organização estar a par de todos e acompanhá-los adequadamente, por isso destaca-se a necessidade da seleção dentre estes dos fatores mais relevantes, por serem julgados de maior influência dentro do sistema organizacional em questão. A seleção de fatores ambientais relevantes (FAR) permitirá à organização, através de estudo de suas variáveis (indicadores, índices), manter uma sensibilidade suficiente ao meio, para garantir sua sobrevivência e desenvolvimento dentro de uma visão estratégica.

3.1 - A organização

Lorsch & Lawrence² nos dão uma definição operacional de organização: "Uma organização é a coordenação de diferentes atividades de contribuintes individuais com a finalidade de efetuar transações planejadas com o ambiente." As organizações criadas pelo homem para melhor operacionalizar seus problemas com o ambiente que o cerca são também objetos de estudo, bem como o homem e os grupos sociais.

Charles Perrow³, quando nos fala da perspectiva sociológica e suas limitações, diz que o psicólogo trata do indivíduo; o psicólogo social de pequenos grupos e o sociólogo, dos grupos ou agrupamentos (como organizações, classes sociais) e seus padrões de relacionamento. Defende o autor que a perspectiva sócio-estrutural das organizações tem muito a recomendá-la, ao menos como ponto de partida para análise organizacional.

Este mesmo autor, ao abordar a relação organização/ambiente, chama atenção:

"Em uma época de mudanças sociais muito rápidas e

² LAWRENCE & LORSCH. As empresas e o ambiente. Diferenciação e interação administrativa. Petrópolis, Vozes, 1973. p.3.

³ PERROW, Charles. Análise organizacional. Um enfoque sociológico. 3. ed. São Paulo, Atlas, 1981. p.11.

crítica social cada vez mais atuante, a autenticidade das organizações é posta em dúvida em cada setor da sociedade, e as questões começam denunciando as manobras de que as organizações lançam mão para evitar inquisições, desviar a atenção do público ou aparentar autenticidade em operações escusas ou mal intencionadas. E as ciências sociais pouco têm contribuído para investigar essa área de confronto entre as organizações e o público."⁴

Young nos fala que:

"Uma organização deve estar atenta às mudanças ambientais, deve interpretá-las de acordo com seu significado para a organização, e deve escolher as reações adequadas para melhor atingir os seus objetivos."⁵

Os autores evidenciam a importância dos caracteres sociais, políticos e outros, que permeiam o ambiente organizacional interno e externo e que, definitivamente, influem no seu desempenho.

Thompson⁶ afirma que nenhuma organização é auto-suficiente. O autor convida a refletir sobre o exemplo da tecnologia necessária para tratar de um doente, no caso do hospital que, hoje, conta com uma série de organizações complexas que realizam e preparam medicamentos, abrigam o ensino de escolas de medicina e enfermagem, o produto de fábricas de aparelhos de raios X ou tecelagem que fazem lençóis e inúmeras outras. Os hospitais variam suas atividades essenciais, mas nenhum é auto-suficiente. Como ponto essencial, todas as organizações deveriam estabelecer aquilo que Levine & While⁷ (1961) denominaram um "domínio". Em seu estudo sobre relacionamentos entre instituições de saúde numa comunidade, o domínio consiste de obrigações que uma organização se impõe em termos de: (1) cobertura das moléstias; (2) população atendidas; e (3) serviços prestados. O domínio de uma

⁴ Id. *ibid.* p.141.

⁵ YOUNG, Stanley. Administração: um enfoque sistêmico. São Paulo, Pioneira, 1977. p.25.

⁶ THOMPSON, James. Dinâmica organizacional. Fundamentos sociológicos da teoria administrativa. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976. p.41-2.

⁷ In: THOMPSON, op. cit.

organização depende da capacidade do meio ambiente em proporcionar o apoio necessário (inputs-insumos). Distinções semelhantes podem ser feitas do ponto de vista da saída da organização (outputs - produtos), serviços prestados, assistência, ensino e pesquisa no caso de HUs.

Atingir um domínio viável é, em essência, um problema político. Consiste em encontrar e manter uma posição que possa ser reconhecida pelas demais organizações como sendo mais vantajosa do que as alternativas disponíveis, no caso dos HUs a sua referência e contra-referência no SUS. A administração de relações inter-organizacionais é tão política quanto a administração de um partido político ou de relações internacionais. Pode, também ser igualmente dinâmica, uma vez que os ambientes transformam e impelem certos elementos para fora e novos elementos para dentro de um ambiente operacional. O problema consiste em encontrar o ponto ótimo entre as realidades da interdependência com o ambiente e as normas da racionalidade⁸, sem perder de vista os critérios substantivos e o ideal humanístico, que colocam o homem como fim e não apenas como meio.

A concepção de organização como sistema aberto coloca a natureza das transações ambiente-organização como fator fundamental para a sobrevivência e o desenvolvimento de uma organização. As pressões ambientais, pode-se afirmar que sempre existem, mas é na nossa contemporaneidade que merecem atenção especial, segundo Motta, por dois fatores muito evidentes na atualidade, a saber⁹:

- a velocidade e desenvolvimento das mudanças externas;
- a complexidade interna atingida pelas organizações modernas, o que diminui a sua sensibilidade aos problemas externos.

Young, em analogia com o sistema biológico, diz que as organizações, ao contrário dos indivíduos, não nasceram com um

⁸ THOMPSON, Op. cit., p.53.

⁹ MOTTA, op. cit., p.2.

aparato sensorial, mas não podem prescindir deste, uma vez que estando na dependência dos meios externo e interno, devem perceber os estímulos por eles emitidos. Na mesma linha de analogia deste autor, pode-se dizer que os dispositivos para coleta de informações, os "terminais sensoriais" para a percepção do ambiente, não estão devidamente desenvolvidos nas organizações como poderiam estar para a devida percepção das variáveis ambientais relevantes à organização. Algumas organizações possuem técnicas de coleta de informações ainda muito primitivas, quando as possui, e outras, possuindo-as, detêm-se nos dados internos à organização, mas nenhum externo. Quando são coletados alguns dados externos, estes estão relacionados a um problema específico, raramente são contínuos, sistemáticos e compreensíveis. Uma organização só pode reagir às situações que ela conhece definitivamente.

"Uma organização deve estar atenta às mudanças ambientais, deve interpretá-las de acordo com o seu significado para a organização, e deve escolher a reação adequada para melhor atingir os seus objetivos."¹⁰

Com certa freqüência, observa-se que as organizações que estão voltadas para o meio externo possuem tendências a concentrar-se na coleta de informações de uma área e a negligenciar outras. Assim, as empresas de negócios se interessam por informações econômicas; os hospitais, por dados tecnológicos; partidos políticos, por comportamento dos eleitores e assim por diante, de forma que, quando ocorrem eventos que estão fora das informações coletadas, que poderiam afetar e afetam significativamente suas operações, suas administrações estão desprevenidas. Os tomadores de decisões das organizações estão sintonizados, pelo pronto acesso, às informações do seu ambiente interno, reagindo, às vezes, com excesso a pequenas mudanças que ocorrem neste, e, quando ocorrem mudanças importantes no ambiente externo, não respondem adequadamente. Isso indica que o "aparato sensorial precisa ser projetado e incorporado à operação total como impor-

¹⁰ YOUNG, op. cit.

tante componente da capacidade de adaptação de uma organização."¹¹

Para isso é necessário, em um primeiro passo, identificarmos as variáveis ambientais relevantes para a organização e, em um segundo momento, fazer a montagem de um sistema de informação relevante (SIR). O SIR fará parte do aparato sensorial da organização, que conferirá sensibilidade organizacional adequada para reações condizentes aos estímulos recebidos.

Devido à sua complexidade, as organizações, muitas vezes, são lentas e inflexíveis frente às exigências e a mudanças de valores no meio ambiente, o que exige uma análise profunda e sistemática do meio ambiente no qual atua.

Para tanto, a organização deve ter bem claro três elementos:¹² o futuro desejado; a situação atual; e a trajetória que os une. A trajetória deverá se construída em cima da dinâmica das variáveis ambientais, deixando clara a necessidade da realização de uma análise ambiental da mesma forma dinâmica e flexível, de modo a subsidiar e avaliar tomadas de decisões, que levarão à efetiva implementação das políticas propostas na direção do futuro desejado.

3.2 - Análise ambiental

Para a elaboração do plano estratégico, processo integrado e globalista de tomada de decisões no presente para enfrentar os desafios do ambiente e garantir o alcance da missão sócio-econômica da organização, algumas etapas devem ser cumpridas.¹³ A primeira delas é a análise e diagnóstico da ambiência externa, com a identificação, classificação e monitoração de fa-

¹¹ Id. *ibid.*, p.133. Abordando o que chamou de miopia organizacional.

¹² FERREIRA, José Roberto et alii. El analisis prospectivo de la educacion medica en America Latina. *Educ. Med. Salud*, 2(22):88-244, OPS/OMS.

¹³ MOTTA, Paulo. Modelo de planejamento organizacional estratégico. EBAP/ FGV, 1988. (Mimeo).

tores ambientais (culturais, sociais, políticos e outros) e, em um segundo momento, a análise e diagnóstico crítico, identificando valores sociais desejáveis, recursos existentes, assim como fatores favoráveis e desfavoráveis; da mesma forma em relação à ambiência interna.

Thompson¹⁴ diz que a teoria do ambiente é uma teoria residual, ela se refere a "tudo o mais" e, para simplificar a análise, pode-se adotar o conceito de ambiente operacional usado por Dill (1958) para denotar as partes do meio ambiente que são relevantes ou potencialmente relevantes para estabelecer e atingir um objetivo. Dill descobriu que os ambientes operacionais de duas organizações estudadas se compunham de quatro setores principais: (1) clientes, tanto distribuidores como usuários; (2) fornecedores de materiais, mão-de-obra, capital, equipamentos e espaço de trabalho; (3) concorrentes tanto para mercados como para recursos; (4) grupos regulamentadores, incluindo órgãos do governo, sindicatos e associações entre organizações. O meio ambiente restante pode ser posto de lado por algum tempo, diz ele, mas não podemos desfazer-nos dele por duas razões: primeira, os padrões de cultura podem influenciar, como de fato influenciam as organizações de maneira significativa, e segunda, o ambiente que está por detrás do ambiente operacional pode constituir um campo no qual uma organização poderá futuramente penetrar. O ambiente operacional de uma determinada organização será determinada pelos requisitos da tecnologia, pelos limites do domínio e pela composição do ambiente maior.

Para a análise ambiental, recomenda Vasconcelos¹⁵ mapear, classificar e examinar as variáveis ambientais compostas de três segmentos:

- macroambiente, correspondente ao comportamento integrado, em nível macro, das variáveis econômicas, culturais, políticas, legais, tecnológicas, demográficas e outras;

¹⁴ THOMPSON, op. cit., p.43-4.

¹⁵ VASCONCELOS, Paulo. Análise ambiental para o planejamento estratégico. Rev. Admin. de Empresas, 19(2):15-127, Abr./ Jun. 1989.

- Ambiente Operacional, correspondendo ao tipo de relacionamento entre os públicos externos (consumidores, fornecedores, distribuidores, Governo, Sindicatos, concorrentes e outros) da organização;
- Ambiente Interno, correspondendo ao tipo de relacionamento entre os públicos internos (acionistas, diretores, funcionários e outros).

Vasconcelos, para efeito do desenvolvimento de uma metodologia de classificação, considera como ambiente de uma organização o somatório de "n" variáveis, de natureza e características diversas (positiva, negativa ou neutra), localizadas interna ou externamente à organização, influenciando em diversos níveis temporais (passado, curto, médio e longo prazo) o desempenho da organização. As variáveis ambientais que são capazes de influenciar o desempenho de uma organização são classificadas por Vasconcelos como oportunidades (fatores favoráveis) e ameaças (fatores desfavoráveis), com características gradativas entre estas.

Rego,¹⁶ citando a classificação de Vasconcelos, entende que a relevância das variáveis de cada segmento ambiental é dada pela análise ambiental de cada organização, não considerando somente suas características (tamanho, autonomia, âmbito de atuação, grau de participação e outros). Considerada:

"... a análise ambiental como sendo o modo particular, para cada organização, de perceber as variáveis de cada segmento ambiental, julgar sua relevância, para a organização, interpretar o comportamento das variáveis consideradas relevantes, avaliar as implicações para a organização e tomar decisões motivadas por tais implicações."¹⁷

O que fortifica a validade do estudo específico de cada organização, para o estabelecimento do grau de relevância dos fatores ambientais, não podendo ser estabelecido, a priori.

¹⁶ REGO, R. Amaral. Convenções, convicções e análise do ambiente organizacional. Rev. Planejamento e Gestão, 1(1):30, Abr. 1989.

¹⁷ REGO, Op. cit., p.31.

Embora se concebam classificações de variáveis ambientais, o ambiente organizacional é realmente um sistema interatuante e interdependente. "Mudanças ideológicas podem criar inovações políticas e econômicas, as quais, por sua vez, podem induzir novas alterações ideológicas."¹⁸ A organização, embora com sua individualidade, é uma sub-parte do sistema social orgânico total, não podendo estar isolado das outras partes, mas interagindo com elas. Neste sistema total, Oliveira¹⁹ divide o ambiente organizacional em:

- ambiente direto, formado pelo conjunto de variáveis, que se percebe e se tem nítida possibilidade de avaliar de forma mais efetiva e adequada o grau de influência;
- ambiente indireto, formado pelo conjunto de variáveis que se percebe, mas não se é capaz de avaliar ou medir o grau de influência;
- ambiente ignorado, conjunto de variáveis restantes que não se percebe e, conseqüentemente, também não se tem condições de avaliar.

3.2.1 - Modelos e métodos

Os modelos e métodos usados em análise ambiental estão voltados para o planejamento estratégico, para a visão prospectiva, portanto voltados para o futuro. O futuro deve ser estudado, uma vez que os objetivos e os resultados estão nele colocados.

O comportamento do futuro decorre de condicionantes deste tais como: tensões e estrangulamentos, tendências pesadas, germes do futuro e projetos de atores com o objetivo de atingir futuros possíveis que, coincidentes com os objetivos da organização, possibilitem a construção de estratégias adequadas.²⁰ A

¹⁸ YOUNG, op. cit., p.125.

¹⁹ OLIVEIRA, Reboças. Planejamento estratégico: conceitos e metodologia e Prática. São Paulo, Atlas, 1986. p.31. In: REGO, Op. cit., p.31-2.

²⁰ MARQUES, Eduardo. Palestra no Curso de Mestrado da EBAP/FGV, RJ, Nov. 1988.

finalidade dos modelos é reduzir a realidade que é muito ampla e complexa, possibilitando a análise somente dos fatores de maior relevância para a organização.

Modelos e métodos consistem em instrumentos que possibilitam à organização mapear sua posição no ambiente, analisar os fatores ambientais internos e externos, considerando os tributos que precisa ter para obter sucesso em seu âmbito de atuação,²¹ relacionados com as áreas de resultados (inovação, produção, produtividade, rentabilidade, recursos materiais, recursos financeiros, recursos humanos, posição em seu âmbito de atuação, administração e organização, responsabilidade social e pública).

No ambiente interno, os modelos e métodos possibilitam detectar potencialidades e vulnerabilidade na organização, abrangendo a organização propriamente dita (estrutura organizacional, sistema de gerência, processo decisório, sistema de planejamento), recursos humanos (atitudes, capacidade, experiência, quantidade e classificação), tecnologia (instalações, estado, pesquisa) e outros.

No ambiente externo, busca detectar oportunidades e ameaças através do comportamento dos fatores ambientais, abrangendo fatores políticos, tecnológicos, sociais e econômicos, hierarquizando-os de acordo com sua relevância no âmbito de atuação organizacional.

Os métodos, classificados em qualitativos e quantitativos, sem finalidade em si mesmo, possibilitam explorar futuros possíveis e prováveis na geração de cenários. Há freqüente insistência, em nossos dias, para se evitar o uso exclusivo dos modelos quantitativos como os do sub-sistema econômico. Os modelos prospectivos oferecem uma grande quantidade de modelos qualitativos que, associados com os quantitativos, permitem um aprofundamento conceitual, considerável do ambiente maior. Estes modelos estão mais voltados para captar rupturas, prestando-se melhor aos ambientes turbulentos e a longo prazo.

²¹ Âmbito de atuação é determinado por fatores, tais como: necessidades locais e regionais em nível terciário, no caso dos HUs; recursos existentes, materiais, técnicos e humanos; capacidade institucional, política, cultural, técnico, administrativa; e políticas propostas.

Para a análise ambiental, no enfoque prospectivo do comportamento do futuro, dispõe-se de etapas na geração de cenários. Para tanto, deve-se contar com um grupo interdisciplinar que, de acordo com:

- o nível de turbulência ambiental;
- o horizonte a ser atingido a curto, médio e longo prazo;
- a disponibilidade de variáveis qualitativas e quantitativas, poderá fazer uso dos métodos adequados para cada situação.

Quanto à frequência com que as organizações adotam a análise ambiental, Fahey & King²² classificam três modelos (Quadro I):

- irregular: consiste na análise casuística, motivada por situações de crise, caracterizando uma postura organizacional reativa. O enfoque da análise é predominantemente retrospectivo, avaliando as implicações de um evento que ocorreu. Destina-se a tomada de decisões imediatas ou a curto prazo contra a crise;
- regular: consiste na análise periódica, abrangente e sistematizada, destinada a realizar uma revista regular do ambiente, caracterizando uma postura organizacional antecipatória. O enfoque da análise é predominantemente retrospectivo e atual, ainda pouco orientado para o futuro. Destina-se diretamente ao processo decisório;
- contínuo: consiste na análise constante e estruturada, utilizando sistemas de processamento, caracterizando uma postura organizacional proativo. O enfoque da análise é predominante prospectivo. Destina-se ao processo de planejamento, motivado pelo comportamento estratégico da organização.

Rego²³ relaciona o modelo de análise com a amplitude dos

²² FAHEY, Liam & KING, R. Enviromental assessment for corporat planning. Business Horizons, 61-74, Aug./77. In: VASCONCELOS, op. cit.

²³ REGO, op. cit., p.32.

QUADRO 1 - Modelos de análise ambiental quanto à frequência.

Modelos Características	Irregular	Regular	Contínuo
Meios utilizados para realizar a análise	Estudos ad hoc (casuístico)	Estudos periodicamente atualizados	Obtenção estruturada de dados e sistema de processamento
Escopo da análise	Eventos específicos	Eventos selecionados	Ampla variedade de sistemas ambientais
Orientação da análise	Crises	Decisões	Processo de planejamento
Ênfase temporal da análise	Retrospectiva	Retrospectiva	Prospectiva
Impacto das decisões	Curto prazo	Curto e médio prazo	Longo prazo
Responsável pela análise	Órgãos de assessoria	Órgãos de assessoria	Unidade de análise ambiental

FONTE: FAHEY & KING. Environmental assessment for corporate planning. Business Horizons. In: VASCONCELOS, op. cit.

ambientes interno e externo. À medida que o modelo passa de irregular a regular e contínuo, tenderá a aumentar a amplitude dos ambientes internos e externos, não deixando de defrontar-se sempre com um ambiente ignorado de amplitude desconhecida e de não eliminar riscos e incertezas.

Fahey & Narayanan,²⁴ abordando a análise ambiental para a administração estratégica, estabelecem quatro atividades-chave: a investigação, a monitoria, a projeção e a avaliação.

A investigação requer uma fiscalização geral de todos os segmentos ambientais, a fim de identificar sinais de advertência da mudança ambiental latente ou detectar as mudanças já existentes. A investigação ambiental tem como objetivo alertar

²⁴ FAHEY, Liam & NARAYANAN, V.K. Macroenvironmental analysis for strategic management. West Publishing Company, Copyright, 1986.

a organização quanto às influências externas, potencialmente significativas, antes que elas sejam formadas ou cristalizadas. Na verdade, a investigação ambiental satisfatória atenta para mudanças e fatos possíveis, bem antes mesmo que elas se tenham revelado. A investigação é a atividade da análise ambiental mais ampla, imprecisa e ilimitada, as fontes são muitas e variadas, desafiando o analista a dar significado aos dados, exigindo um certo grau de percepção e intuição.²⁵ Três pontos, na investigação, devem ser esclarecidos: 1º) a extensão dos dados e das fontes inevitavelmente influenciam os atos de percepção dos analistas; 2º) os dados não falam por si, e o analista precisa dar vida a eles; 3º) o analista precisa ter atos de julgamento crítico na escolha dos fatos e precursores para serem considerados pela monitoria, projeção e avaliação.

Segundo Fahey & Narayanan,²⁶ a monitoria se envolve no controle das tendências e modelos ambientais específicos com o propósito de reunir dados suficientes, a fim de discernir se certas tendências e modelos estão se desenvolvendo. Na monitoria, a pesquisa de dados é muito mais sistemática do que a investigação. O caráter sistemático da pesquisa leva a dados de tendências cumulativas. Daí, o que era obscuro durante a investigação, torna-se detalhado e claro. O julgamento deve ser feito quanto a quais dados são importantes, que fontes de dados são válidos e confiáveis, como eles se encaixam, como podem ser ajustados os conflitos entre os dados e quando os dados podem ser considerados modelos.

Os "outputs" da monitoria são de três tipos: (1) uma descrição dos procedimentos e dos modelos a serem prognosticados; (2) a identificação dos procedimentos para uma monitoria posterior; (3) a identificação de áreas que exigem uma investigação. Os "outputs" da monitoria fornecem "inputs" para a projeção.

A projeção busca dar a direção futura das mudanças ambien-

²⁵ FAHEY & NARAYANAN no seu trabalho dão certa força ao aspecto intuitivo na análise ambiental como o enfoque da sensibilidade-arte junto ao aspecto científico, "enviromental analysis is still more of an art than a science."

²⁶ Ibidem.

tais. A investigação e a monitoria proporcionam um quadro do que já aconteceu e do que está acontecendo. Entretanto, uma tomada de decisão estratégica requer uma orientação. É necessária uma visão do que pode acontecer, conferindo a importância do elemento projeção. A projeção propriamente dita requer que a organização identifique precisamente o que ela deseja prognosticar.

A investigação, a monitoria e a projeção não são um fim em si mesmas. Sem a avaliação dos "outputs", eles simplesmente proporcionam "informações".

A investigação envolve a identificação de como e por que as mudanças ambientais afetam ou vão afetar os rumos da organização. A avaliação procura responder: Quais os procedimentos básicos que o ambiente apresenta? Quais as implicações dos procedimentos para a organização em estudo?

Embora as atividades de investigação, monitoria, projeção e avaliação estejam preparadas conceptualmente, na análise ambiental elas são intimamente ligadas. Por exemplo, descobrindo-se uma tendência emergente na investigação, pode-se saltar imediatamente para a avaliação das implicações organizacionais desta. A projeção geralmente apresenta dificuldade por causa da insuficiência de conhecimentos e de dados sobre o assunto, forçando, desta forma, um retorno à investigação e à monitoria. As implicações resultantes (avaliação), geralmente, alertam a organização para a necessidade de conduzir a uma investigação, monitoria e projeção posteriores.

Para a composição de um modelo visando à construção de cenários, dispõe-se de uma listagem de métodos de uso isolado ou combinado (Quadro 2). O melhor estudo prospectivo é o que dá judiciosa cobertura à zona cinzenta do curto para o longo prazo, na combinação de métodos, dando a dimensão do que permanece e do que muda no decorrer do tempo.

Na monitoria ambiental, aplicam-se métodos que se preocupam com o que ocorre a curto prazo (nos próximos doze meses), visando dar indicação para o futuro próximo, sistematicamente, dos riscos e das oportunidades.

A extrapolação é a mais usada, embora o método de regres-

QUADRO 2 - Métodos para estudos prospectivos.

Métodos	Modelos	Nível de turbulência ambiental	Horizontal	Variáveis	
				Quant.	Qualit.
-MONITORIA AMBIENTAL					
.Observação		Alto	Curto	X	X
. Indicadores antecedentes		Alto	Curto	X	-
. Análise Bayesiana		Alto	Curto	X	-
. Análise de Risco Político		Alto	Curt/Méd	X	X
-EXTRAPOLAÇÃO					
. Regressão Simples/Múltipla		Baixo	Curto	X	-
. Indicadores antecedentes		Alto	Curto	X	-
. Análise Bayesiana		Alto	Médio	X	-
-JULGAMENTO					
. Delfos		Alto	Longo	X	X
. Impactos Cruzados		Alto	Longo	X	X
SMIC, CHIVAS					
-INTEGRATIVO					
. Cenários		Alto	Longo	X	X

FONTE: MARQUES, Eduardo. A chave do futuro. (Mimeo).

são apresente restrições importantes, devido à estrutura matemática dos modelos econométricos (linearidade, independência entre variáveis) e à hipótese de projetar no futuro as regularidades captadas no passado, quando a prospectiva se opõe a esta situação, sobretudo a longo prazo, uma vez que os atores buscam construir um futuro que difere do passado.

Na ótica extrapolativa, aprende-se com o passado, na monitoria se aprende com o presente e na prospectiva se aprende com o futuro.

Nos métodos por julgamento, busca-se disciplinar a tomada de opiniões dos especialistas, explorando a riqueza destas in-

formações.

O método CHIVAS (Cálculo de Hierarquização de Variáveis em Análise de Sistema), sem lançar mão de probabilidades, procura captar as inter-relações que podem ser muito difíceis de avaliar por alguns especialistas.

O objetivo é a hierarquização de fatores ambientais pela sua capacidade de influir no sistema como um todo, "um critério natural quando se pensa no caráter proativo do planejamento estratégico."²⁷ A hierarquização se dá pelo cálculo da capacidade dos fatores de influenciar, calculada sobre a matriz de impactos cruzados, subtraindo de seu potencial a sua receptividade às influências dos demais fatores do sistema. Os fatores hierarquizados e analisados permitem a construção dos cenários.

Os modelos integrativos são os próprios cenários, que podem ser compostos com a combinação apropriada de métodos. O conjunto de métodos constituem, na expressão de Godet, uma "caixa de ferramentas", das quais pode-se escolher as mais adequadas ao trabalho que se propõe.

Os cenários apresentam uma ligação imediata e natural com o planejamento estratégico, criando a moldura dentro da qual são tomadas as decisões e estabelecidas as diretrizes e prioridades para a ação.

Marques²⁸ coloca como principais componentes de um cenário os fatores relevantes, os atores, as descontinuidades e as tendências pesadas. E oferece o "prisma da prospectiva", através do qual os analistas podem interpretar a realidade e descrever visões coerentes de futuro, formado por quatro elementos que definem seus vértices: sistema, teoria, modelagem e informações relevantes (Figura 1).

Um sistema é um conjunto de elementos em relação entre si, ou seja, é o conjunto de elementos pertencentes ao sistema (X) e o conjunto das inter-relações entre eles (R). A dinâmica das relações entre os elementos que compõem o sistema corresponden-

²⁷ MARQUES, Eduardo. A chave do futuro. (Mimeo) (2º lugar, Prêmio SP/88). p.8.

²⁸ MARQUES, op. cit., p.15.

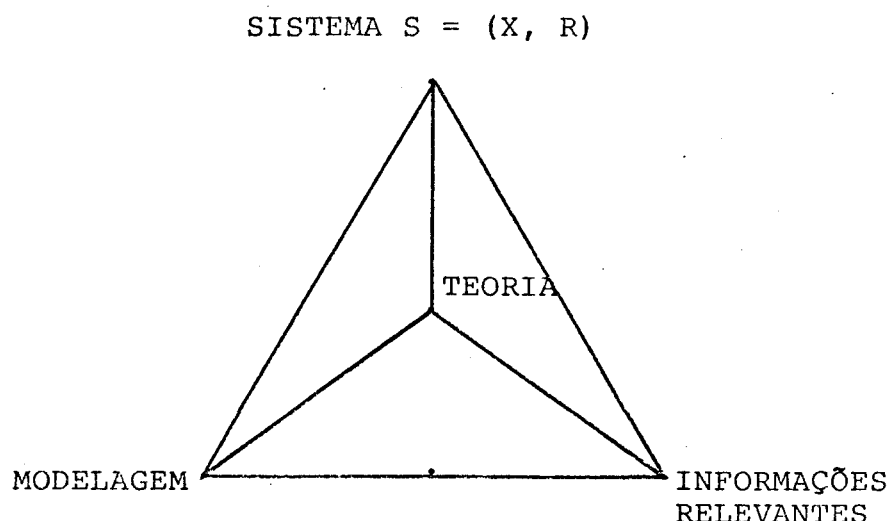


FIGURA 1 - O Prisma da Prospectiva.

te à sua estrutura explica o aparecimento da auto-regulação e da finalidade, conceitos fundamentais para o entendimento dos sistemas sociais, pois estão ligados às estratégias dos atores. Os estudos futuros do sistema dão os cenários.

O sistema pode ser descrito em duas etapas: na primeira, faz-se a listagem das variáveis ou fatores relevantes e, na segunda, fazem-se as representações formalizadas das relações entre as variáveis. Estas duas etapas constituem o que se chama de ANÁLISE ESTRUTURAL.

A prospectiva oferece uma grande quantidade de modelos qualitativos que, conjugados com os quantitativos, permitem um considerável aprofundamento conceitual sobre o ambiente.

Os principais problemas da análise dos sistemas complexos, segundo Marques, são a insuficiência das informações, inexatidão de dados, problemas conceituais, problemas de medição. A dificuldade na obtenção de dados, não raramente, leva a simplificação nos modelos, cujo caráter arbitrário pode comprometer os resultados.

A primeira etapa do tratamento de dados é a sua crítica, ou seja, a sua seleção, de modo que somente os relevantes sejam levados à mesa de decisão.

A segunda etapa consiste no uso de modelos e teorias para detectar permanência ou mudança de padrão no conjunto de dados.

A montagem de um Sistema de Informação Relevante (SIR), mesmo voltado exclusivamente para dados relevantes, é trabalhosa. A coleta, a crítica e a digitação de dados exigem tempo e dedicação. A estrutura do banco de dados deve ser coerente com os modelos de utilização dos dados.

O estabelecimento formal de um SIR não deve constituir obstáculo para a elaboração dos cenários. Em uma primeira etapa, é preferível ter um SIR formado de folhas de papel e ter os cenários completos a montar um sistema complexo, informatizado, caro e rígido e não ter cenários.

O objetivo do SIR é reduzir a complexidade do processo de análise ambiental sem tornar-se um obstáculo.

3.2.2 - Percepção dos fatores ambientais

Seja qual for o modelo de que uma organização se aproxime no seu modo de análise, atenção especial deve ser dada ao papel preponderante no processo, que cabe ao analista ou à unidade responsável por esta análise.

Pela importância da elaboração de cenários no processo decisório e pelos ganhos, deve ser feita por grupo permanente que, embora não exclusivamente dedicado a isso, possa se valer de todo apoio interno possível e lançar mão da consulta a especialistas externos nos aspectos em que a organização não dispõe de conhecimento suficiente.

A percepção²⁹ do analista ou da Unidade de Análise Ambiental (UnA), pode-se dizer, está condicionada não só à dimensão do conhecimento, da competência técnica, da aprendizagem e das informações para tal tarefa, mas também a dimensão dos critérios de valores, das interpretações do "dever ser", das opções éticas, das idéias e da convicção. Também a dimensão afetiva integra o processo de percepção no que se refere às necessidades,

²⁹ NASCIMENTO, Kleber. O executivo na organização: papéis e funções essenciais. INCISA - Inf. Cient. SA/76. p.8-9.

interesses, motivações, anseios, aspirações, preferências, sentimentos, desejos e orientações afetivas.

A percepção do ambiente organizacional compreenderá fatores sobre os quais o analista ou a UnA tem conhecimento. Na medida da relação ambiente (comunicador de mensagens) e analista (receptor de mensagens), dá-se o julgamento da relevância de fatores percebidos. O analista ou a UnA tenderá a escolher apenas aqueles fatores de que for capaz de entender o comportamento. Ao longo do tempo, a UnA, no seu treino, selecionará um grupo de fatores considerados relevantes para a análise ambiental. O analista ou a UnA estabelece o conjunto de fatores percebidos e um conjunto de fatores considerados relevantes na avaliação de suas implicações para a organização.

O analista ou a UnA são envolvidos por diferentes componentes³⁰:

- as variáveis do ambiente interno;
- as diversas áreas do conhecimento que compreendam estas variáveis;
- os pressupostos filosóficos das disciplinas, das quais se originam os diferentes participantes do grupo de análise;
- a estrutura de valores dos participantes do grupo de análise;
- os métodos utilizados no estudo do comportamento das variáveis.

Morgan & Smircich³¹ procuram demonstrar que existe uma profunda correlação entre os pressupostos filosóficos e os métodos utilizados nas ciências sociais. Estes autores estabelecem uma escala de graduação entre as abordagens objetivista e subjetivista, indicando os diferentes métodos de pesquisa correspondentes aos diferentes pontos da escala. Assim, uma abor-

³⁰ REGO, op. cit. p.32-3.

³¹ MORGAN, G. & SMIRCICH, L. The case for qualitative research in developments in Marketing Theory. In: REGO, op. cit., p.33.

dagem objetiva, caracterizada por uma visão da realidade como uma estrutura concreta e mecânica, determinaria uma tendência à adoção de métodos quantitativos no estudo das variáveis ambientais. Já na abordagem de caráter subjetivo, determinaria uma tendência à adoção de métodos qualitativos.

Quanto ao conhecimento e a adoção de métodos para o estudo do ambiente, Rego³² exemplifica com duas situações extremas: uma situação em que o grupo possui uma visão meramente intuitiva do ambiente (situação 1), e outra em que o estudo das variáveis tenderá a ser desenvolvido mais por métodos científicos, sejam estes qualitativos ou quantitativos (situação 2).

Quanto a estes extremos, vale lembrar a recomendação de alguns estudiosos.

Vasconcelos,³³ em seu estudo sobre análise ambiental, recomenda que esta seja realizada por métodos mais científicos e menos baseada em "feeling" de executivos experientes.

Clausewitz,³⁴ considerado o maior inovador de estratégia do século XIX (1780/1831), recomendava a toda organização um cuidadoso planejamento, no qual as decisões deviam ser científicas e não simplesmente intuitivas.

A intuição, apesar de aparentemente ilógica e de, às vezes, insurgir com auréolas de mistério, tem sido motivo de discussões e estudos, talvez vindo merecer, no futuro, uma explicação científica.

Motta,³⁵ abordando o tema intuição, faz uma relação desta com o conhecimento e a experiência:

"... quando se lêem as propostas da literatura ge-

³² REGO, op. cit., p.33.

³³ VASCONCELOS. Análise ambiental para o planejamento estratégico. op.cit.

³⁴ Militar prussiano, foi o inspirador de muitos teóricos da Administração. É mencionado por Chiavenatto, quando trata dos antecedentes históricos da administração. In: TEORIA GERAL DA ADMINISTRAÇÃO. São Paulo, McGraw Hill do Brasil, s.d., v.1, p.26.

³⁵ MOTTA, Paulo. Razão e intuição: recuperação do ilógico na teoria da decisão gerencial. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, 22(3):77-94, Jul./Set. 1988. p.78.

rencial contemporânea, vê-se que a intuição é tida como altamente impregnada dos conhecimentos e experiências acumuladas pelo indivíduo, mas talvez ainda não seja parte do próprio consciente."

Portanto, o "feeling" e a intuição dos executivos não devem ser desprezados, mas devem estar presentes lado a lado com os métodos e os processos científicos, na busca de minimizar os riscos e as incertezas que nunca são de todo eliminados.

O grupo da situação 1, com visão meramente intuitiva, em comparação ao grupo da situação 2, mencionados por Rego, pela superficialidade de sua análise, estaria caracterizado por: desconhecer que dá exclusiva preferência a determinados métodos de análise por estes refletirem sua particular visão do mundo, não vislumbrando as possíveis limitações dos métodos utilizados, com menor capacidade, portanto, para adaptá-los ou aprimorá-los dentro do contexto da organização; ignorar que sua estrutura de valores esteja formada e condicionada pelos pressupostos filosóficos existentes nas diversas áreas do conhecimento; tender a ser extremamente conservador e avesso às mudanças, tendo na sua estrutura de valores rígidos a maior ameaça para sua organização. Seu conjunto de variáveis no ambiente interno tenderá a ser reduzido e estático, dado à pouca sensibilidade do grupo em relação aos fatores que caracterizam turbulência em seu ambiente organizacional.

Entretanto, as decisões derivadas tanto do grupo da situação 1, quanto do grupo da situação 2 possuem margem de erro, incertezas, riscos. Os métodos adotados são distintos, em cada situação, sejam estes predominantemente intuitivos ou científicos, mas ambos se defrontam com a probabilidade de fracasso. Os resultados na prática e a dedução racional de trabalhar com um maior número de fatores ambientais conhecidos e relevantes para a organização, faz crer que, à medida que o grupo possui uma visão que se desloca da situação 1, para a situação 2, reduzem-se as incertezas e os riscos, não os eliminando, mas diminuindo as possibilidades de fracasso.

A adoção de métodos científicos não são ainda capazes de prever o sucesso ou o fracasso a priori, apenas demonstra evi-

dências. Mesmo na situação 2, está-se sujeito a esbarrar:

- na falta de garantia de atender as expectativas da organização;
- na disponibilidade de recursos da organização;
- na estrutura de valores do grupo, permitindo tomadas de decisões equivocadas.

O grupo deverá estar atento às tendências intrínsecas de errar, uma vez que a percepção do ambiente nunca será completa, pois nunca terá a dimensão do ambiente ignorado, apenas que esta dimensão é reduzida, à medida que se expande o conhecimento dos ambientes direto e indireto. Assim, também o julgamento das inter-relações dos fatores ambientais nunca será totalmente completo e livre de incorreções.

Para o incremento da criatividade, da visão intuitiva e inovadora em uma organização, é fundamental a flexibilidade de valores, comenta Rego,³⁶ que substitua as verdades absolutas, admitindo a possibilidade do equívoco.

3.3 - Administração estratégica

Fahey & Narayanan,³⁷ abordando Administração Estratégica, destacam que, para que a análise ambiental se integre à administração estratégica, três pontos devem ser considerados: primeiro, a análise ambiental, embora intrinsecamente interessante, é útil apenas para a extensão, que resulta em critérios e ações estrategicamente relacionados; segundo, a integração não ocorre simplesmente, ela é "feita acontecer"; terceiro, a integração precisa ter dimensão a curto, médio e também a longo prazo.

³⁶ REGO, op. cit., p.35.

³⁷ FAHEY, L. & NARAYANAN, V.K. Macroenvironmental analysis for strategic management. West Publishing Company, Copyright/1986. 12 Integrating environmental analysis into strategic management, p.188-205.

A integração, em nível de processo na formulação e execução da estratégia, precisa considerar dois processos, um em nível de orientação da tomada de decisão a longo prazo, e o outro em nível de tomada de decisão estratégica. A tomada de decisão em nível mais amplo, no enfoque da administração estratégica, resulta da consciência do tipo de desenvolvimento que acontece e que tem potencial para revelar-se no ambiente.

Neste nível, as ligações dirigem-se para as mudanças na administração, com uma visão a longo prazo, e para as perguntas para uma análise posterior. A participação na elaboração de cenários e em outras técnicas de análise ambiental, é particularmente útil para condicionar o pensamento estratégico.

A tomada de decisão estratégica pode ser vista como que consistindo de uma sequência de passos, a saber: diagnóstico, desenvolvimento alternativo, avaliação e escolha, planejamento e implementação, e, finalmente, a avaliação de resultados. A importância da análise ambiental e implicações, nesta sequência de passos, pode ser observada no Quadro 3, com algumas perguntas a serem respondidas em cada estágio da tomada de decisão.

No estágio do Diagnóstico, a análise ambiental proporciona uma série de inputs, importante para o entendimento das forças que geram as indústrias ou os produtos de mercado, as hipóteses críticas e a importância da definição do âmbito de atuação. Estes inputs ajudam a explicar a mudança nestas forças. Da mesma forma, os inputs proporcionam um meio de avaliar a contínua importância da determinação do âmbito de atuação. O ponto central da teoria apresentada é que a análise ambiental proporciona um meio importante de diagnosticar as condições externas e as forças que formam a performance organizacional.

No estágio de desenvolvimento alternativo, as opções estratégicas são desenvolvidas e consideradas dentro de um contexto de riscos, oportunidades e restrições identificadas no mercado e análise ambiental. Um ponto importante é que as opções estratégicas e as oportunidades do mercado podem-se originar da análise ambiental. Os vários exemplos de impacto da mudança ambiental sobre as estratégias das organizações sugerem a importância do significado da mudança ambiental como uma fonte

QUADRO 3 - As implicações da análise ambiental para a tomada de decisão estratégica.

ESTÁGIO DE DECISÃO				
DIAGNÓSTICO	ALTERNATIVAS	AValiação E ESCOLHA	PLANEJAMENTO IMPLEMENTAÇÃO	AValiação E RESULTADOS
Hipóteses	Riscos	Coerência com a análise ambiental	Planos coerentes	Hipóteses ambientais
Relação causa/efeito	Oportunidades		Subsídios para análise	Subsídios para análise
Restrições				
As hipóteses são justificadas na análise ambiental?	As alternativas indicam os riscos e oportunidades apresentadas pela análise ambiental?	A alternativa escolhida indica os riscos e oportunidades?	Os planos e contingências são desenvolvidos para cobrir as variações do ambiente?	Qual foi o papel do ambiente e da análise ambiental nos resultados?
O que a análise ambiental oferece como forças que dirigem ou restringem os resultados?	A análise ambiental proporciona alguma alternativa não considerada? Novas tecnologias? Segmentos de mercado? Novas idéias de produtos?		A implementação sugere a análise ambiental posterior?	As variações dos resultados da performance esperada se devem às contingências imprevisíveis? Ela sugere análise ambiental posterior?

FONTE: FALEY/NARAYANAN. Macro environmental analysis for strategic management. West Publishing Company, 1983. p. 202.

de opções estratégicas.

No estágio da avaliação e da escolha, um dos critérios de avaliação das opções estratégicas deve ser a coerência com os outputs da análise ambiental. Se as opções estratégicas escolhidas não são coerentes com as mudanças no macro-ambiente, as

chances de sucesso da estratégia estão obviamente diminuídas, afirma estes autores.

No estágio do planejamento e implementação, há uma intenção entre a implementação estratégica e a análise ambiental. Planos de contingência são formados na variação das projeções ambientais; daí a monitoria ambiental servir como um input para a implementação.

Cursos de ação alternativos podem ser perseguidos dependendo do que é antecipado nas áreas de tecnologia, de regulamentação, de estilos de vida, e outras. De outro lado, os procedimentos que surgem durante a implementação servem como subsídios para a análise ambiental posterior.

Finalmente, na avaliação dos resultados, voltamos aos temas que surgiram no estágio do diagnóstico. As hipóteses ambientais (em retrospecto) e sua falibilidade devem ser consideradas como explicações para os resultados. Uma questão chave, aqui, é a extensão na qual os acontecimentos ambientais antecipados contribuem para os desvios dos resultados esperados. A performance da estratégia ou os resultados irão servir como subsídios para uma análise ambiental posterior.

As ligações entre a análise ambiental e a formulação estratégica não se desenvolvem automaticamente, elas precisam ser desenvolvidas em vários níveis, bem como em vários tempos.

3.3.1 - Visão estratégica da gerência

Motta afirma que o planejamento estratégico

"... é uma conquista organizacional que se inicia a nível de mudanças conceptuais de gerência, resultando em novas formas de comportamento administrativo, além de novas técnicas e práticas de planejamento, controle e avaliação."³⁸

O principal desafio gerencial, dentro da complexidade da

³⁸ MOTTA, Paulo. Dimensões gerenciais do planejamento estratégico. (Mimeo). p.8.

estrutura organizacional, é manter a organização atenta e flexível à ambiência externa. A capacidade da organização de perceber mudanças em valores ambientais desejáveis e transformá-los em objetivos organizacionais relevantes é que determina o sucesso da empresa pública ou privada.³⁹

Tendo-se uma ambiência com mudanças velozes, o presente se torna mais hostil e imprevisível, e a gerência tem a sensação de falta de controle. O planejamento estratégico, na sua dimensão de propostas racionais e análises projetivas, passa a enfatizar a importância do contínuo, sistemático e contingencial. Caracterizando esta mudança, redimensiona-se o conceito de gerência.

Ansoff⁴⁰ diz que a gerência estratégica se refere ao estabelecimento de objetivos e metas para a organização, segundo um conjunto de relações entre a organização e o ambiente, que a capacita a alcançar objetivos que permanecem ajustados às demandas ambientais. Assim, a gerência estratégica procura reforçar a idéia de processo contínuo, de inovação, de adaptação já contida no planejamento estratégico. Na verdade, segundo Motta, o termo estratégico, nesse cunho dinâmico, passa a ser usado para todas as funções administrativas e qualifica a própria administração.⁴¹

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

A gerência estratégica, segundo Motta, reforça a idéia de globalidade na perspectiva organizacional e amplia o pensamento estratégico para as áreas funcionais, ajudando, assim, a eliminar ou diminuir: (1) a visão segmentada e setorial na criação do futuro organizacional; (2) a perspectiva inadequada de se ordenar níveis de estratégia por níveis hierárquicos administrati-

³⁹ MOTTA, op. cit.

⁴⁰ ANSOFF, Igor; DECKERCK, Roger & HAYES, Robert. Do planejamento estratégico à administração. São Paulo, Atlas, 1985.

⁴¹ MOTTA, Paulo. A conquista da visão estratégica na gerência. (Mimeo). 1989.

vos; (3) a ênfase burocrática no sistema de planejamento.

As transações de organização com o ambiente se fazem em todos os níveis e setores organizacionais de onde as informações deverão ser captadas e processadas. A gerência necessita de nova perspectiva para que haja uma mudança no comportamento institucional que acompanhe a essência da visão estratégica na administração. Deve-se caracterizar forte, para indicar com clareza um caminho futuro e flexível para alterações de acordo com novas condições ambientais.

O gerente deve investir continuamente na compreensão dos fatores que influenciam o "negócio da organização" que inferem no alcance de seus objetivos, como tecnologia, clientes, concorrentes e outros.

Após estudar várias organizações americanas de sucesso, chegou-se a alguns atributos que devem possuir os líderes do amanhã:⁴²

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

⁴² SHANKS, David. O papel da liderança no desenvolvimento da estratégia. The Journal of Business Strategy, Jan./Fev. 1989. Resenha da Rev. Planejamento Gestão, 2(1):43, Set. 1989.

CAPÍTULO IV - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) tem personalidade jurídica e pública federal, localiza-se no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a 12Km do centro da cidade de Santa Maria, servido por duas rodovias de acesso e próximo ao aeroporto de Camobi, que sedia a Base Aérea. A cidade de Santa Maria está, por sua vez, localizada no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul, liderando uma região com abrangência de 57 municípios, correspondendo a seis Delegacias Regionais de Saúde.

O HUSM está contido na 4ª Delegacia Regional de Saúde da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (SSMA RS), que corresponde a 16 municípios (Figura 2) e é hospital de Excelência e Referência, classificado como o único de nível terciário nesta região, devendo atender as patologias mais complexas que não podem ser atendidas nos hospitais secundários.

4.1 - Objetivos regimentais¹

O HUSM tem por finalidade o desenvolvimetro harmônico dos Sistemas de Assistência, de Ensino e de Pesquisa, colocando sempre o paciente como centro de todas as atividades e objetivando, especificamente:

¹ Segundo o Regimento Interno do HUSM, aprovado pelo Conselho de Administração (CONAD) em 10/06/87, pelo Conselho do Centro de Ciências da Saúde, em 18/06/87 e pelo egrégio Conselho Universitário da UFSM na 405ª Sessão em 06/12/87.



FIGURA 2 - 4ª Delegacia Regional de Saúde da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, onde está situado o HUSM, na cidade de Santa Maria-RS.

- constituir-se em centro de Ensino e Pesquisa no âmbito das Ciências da Saúde;
- constituir-se em centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde das comunidades local e regional;
- constituir-se em centro médico e hospitalar de elevado nível científico, técnico e administrativo, integrando-se e hierarquizando-se com a rede regional como hospital de referência;
- atuar de forma progressiva, dentro do que prevê o Sistema Nacional de Saúde, sem prejuízo dos objetivos fundamentais da UFSM;
- desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, devidamente integrados à rede regional de saúde;
- atuar nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica e Clínica Psiquiátrica;
- oportunizar a Educação Continuada, na área da saúde, por meio de cursos, conferências e estágios oficializados pelos Departamentos Didáticos;
- oportunizar Educação para a saúde, exercida junto aos pacientes e à comunidade;
- constituir-se em campo de ensino prático para os alunos de graduação e pós-graduação da UFSM, em especial da área da saúde, de maneira a permitir o alcance dos objetivos curriculares dos cursos.

4.2. - Estrutura administrativa

O HUSM funciona em dois prédios interligados de construção vertical situados no campus da UFSM. Concluído em 1980, até en-

tão funcionava no centro da cidade de Santa Maria, em prédio próprio. O HUSM constitui o único Hospital Público da Região, abrangida por seis delegacias regionais de saúde, sendo que está inserido na 4ª Delegacia Regional de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. Conta, no momento, com 265 leitos, 64 ambulatórios, 5 salas cirúrgicas, 2 salas de parto, laboratórios e infra-estrutura hoteleira e administrativa em 26.052m² de área construída.

O HUSM possuía, inicialmente, estrutura administrativa ligada diretamente à Reitoria, através do Departamento de Administração Hospitalar (DAH), sendo, pela Resolução nº 89/90, reestruturado, passando à órgão suplementar do CCS.²

O HUSM, segundo organograma, está composto nos três níveis administrativos, superior, intermediário e operacional, da seguinte forma: no nível superior, de forma hierárquica, pelo Conselho de Administração (CONAD), Diretoria Executiva (DIREX), Direção Geral (DG) e quatro Diretorias: Clínica (DC), Administrativa (DA), de Ensino e Pesquisa (DEP) e de Enfermagem (DE); no nível intermediário está composto pelas coordenações de áreas; e no nível operacional, pelas chefias dos serviços (Figura 3).

O CONAD é órgão deliberativo, consultivo e normativo, e está composto pelo Diretor do CCS, que o preside; pela DIREX; pelos coordenadores dos cursos de graduação e pós-graduação do CCS; três representantes dos serviços técnico-administrativos do HUSM; representantes discentes que atuam no HUSM, representante da CIMS; representantes da CRIS e um representante dos docentes que atuam no HUSM.

A DIREX é órgão deliberativo e normativo e está composto pelos cinco diretores, sendo coordenado pelo Diretor Geral. Os cinco diretores são eleitos de forma paritária por professores servidores e estudantes, todos lotados ou com atividades no HUSM. O DG deve ser um docente ou servidor técnico-administrativo de nível superior; o DC deve ser um docente-médico; a DA deve ter formação universitária na área econômica-administrativa com

² Conforme Estatuto da UFSM, publicado em D.O.U., Seção I, de 11/10/83.

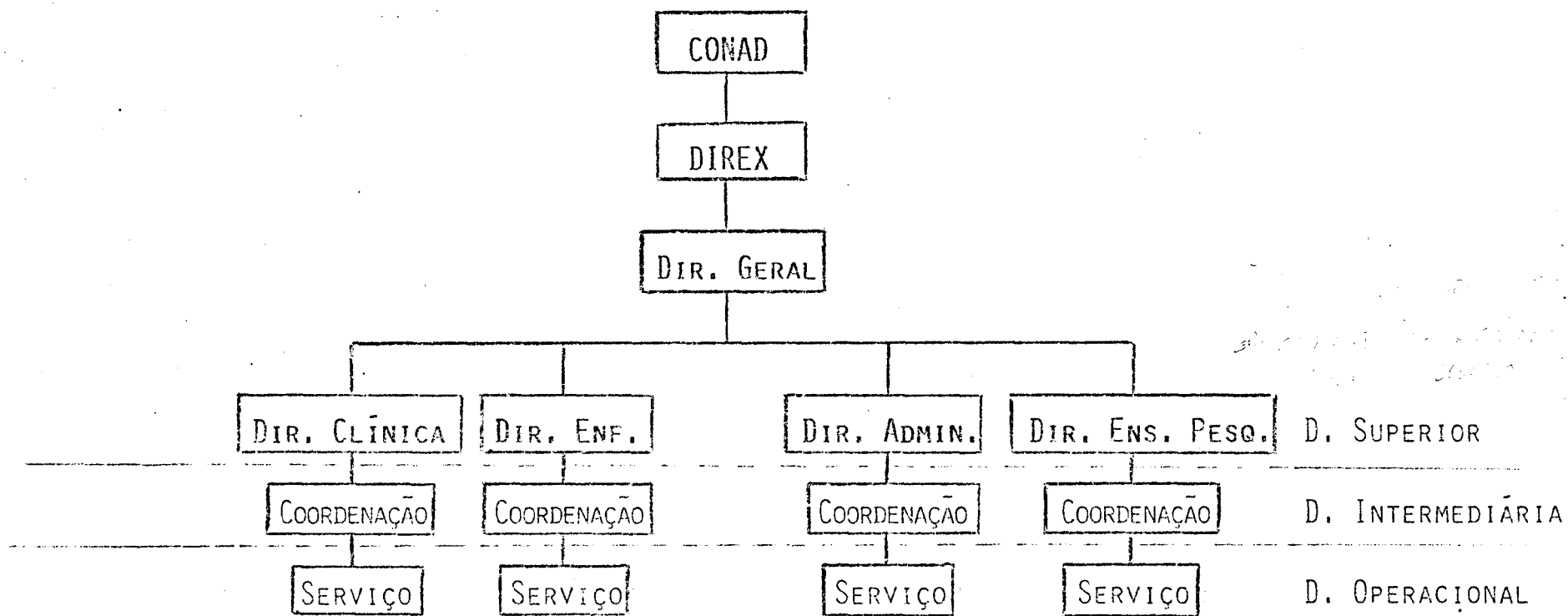


FIGURA 3 - Estrutura do HUSM e correspondência aos níveis administrativos.

experiência e/ou formação em Administração Hospitalar; o DEP deve ser um docente; e o DE deve ser um docente-enfermeiro ou enfermeiro técnico-administrativo com atuação no HUSM.

A Direção Clínica possui funções voltadas para as atividades clínicas, atividades-fins e, para tanto, possui além de Secretaria e Comissões, sete Coordenações: Médica em Educação Continuada, de Clínica Médica, de Clínica Cirúrgica, de Clínica Pediátrica, de Clínica Neuropsiquiátrica, de Clínica Tocoginecológica e de serviços fundamentais. As coordenações estão estruturadas, por sua vez, com serviços e setores (Figura 4). As coordenações clínicas são respondidas pelos chefes dos Departamentos didáticos ou por docente eleito por seus pares e indicado pelo Chefe do Departamento correspondente, designado pelo DC e homologado pelo DIREX. As chefias de serviços são exercidas pelo profissional mais experiente com aceitação entre seus pares.

A Direção Administrativa tem funções voltadas para atividades administrativas; atividades-meio e, na sua estrutura, conta, além da secretaria e comissões, com oito coordenações (Figura 5), quais sejam: administrativa em educação continuada; de Recursos Humanos; de Material; Financeira; de Manutenção, de Serviços Gerais; de Apoio Operacional; Administração da Área Psiquiátrica. Da mesma forma que a DC, estas coordenações administrativas estão estruturadas em serviços e setores.

As coordenações administrativas e chefias de serviços têm sido eleitas por seus pares e designadas pela DA, posteriormente homologada pela DIREX.

A Direção de Ensino e Pesquisa possui função voltada para a integração docente-assistencial e de pesquisa do HUSM, estando estruturada com secretaria, comissões eventuais e de caráter permanente (Figura 6).

A Direção de Enfermagem possui função voltada à assistência de enfermagem, à integração assistência-ensino e ao fomento da pesquisa e educação continuada. Essa direção está composta de Diretor e Vice-Diretor e, além da secretaria e comissões, possui seis coordenações, a saber: de Enfermagem em Educação Continuada; Materno-Infantil; nos Serviços de Apoio; em Clínica Mé-

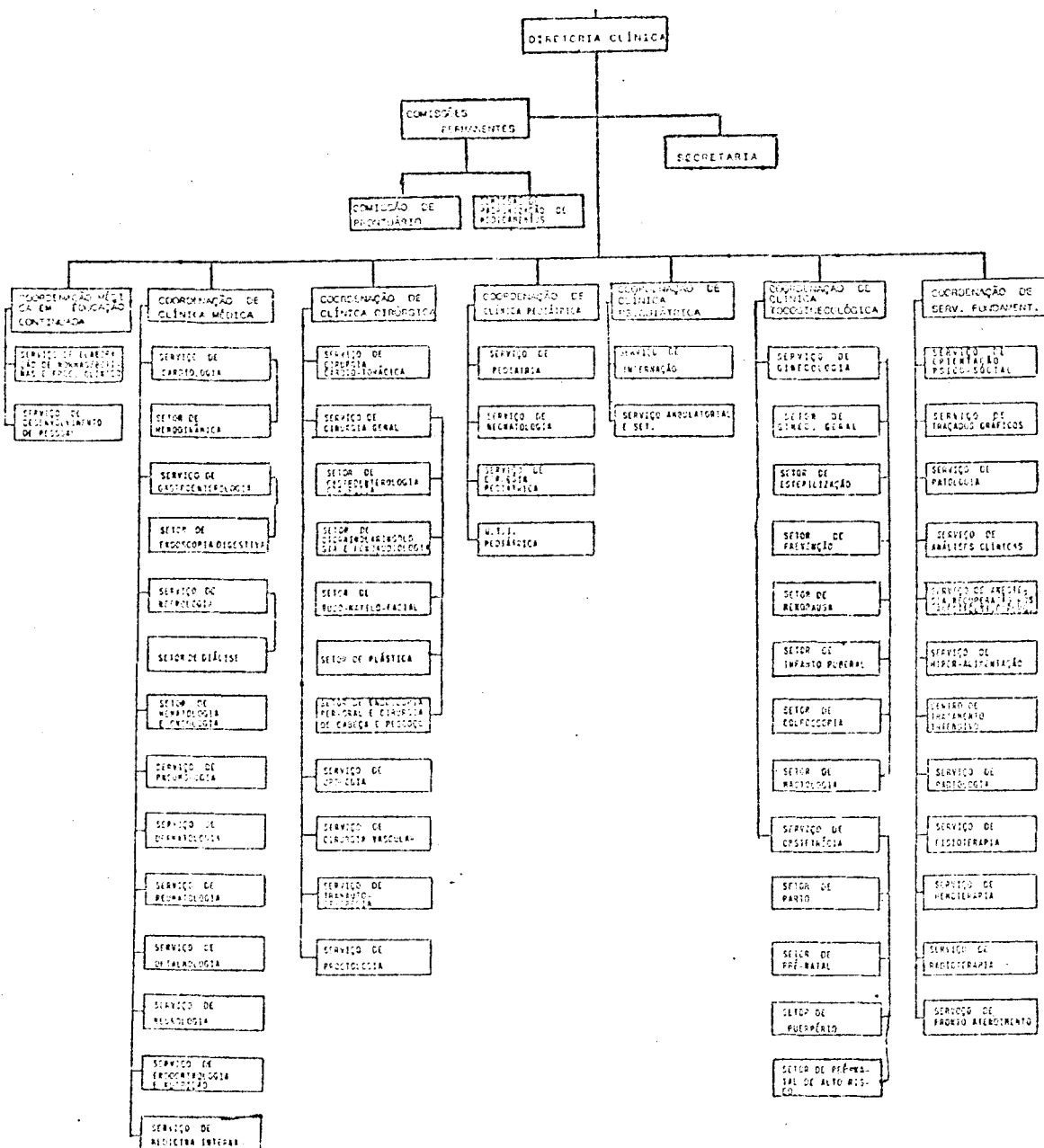


FIGURA 4 - Estrutura da Direção Clínica do HUSM.

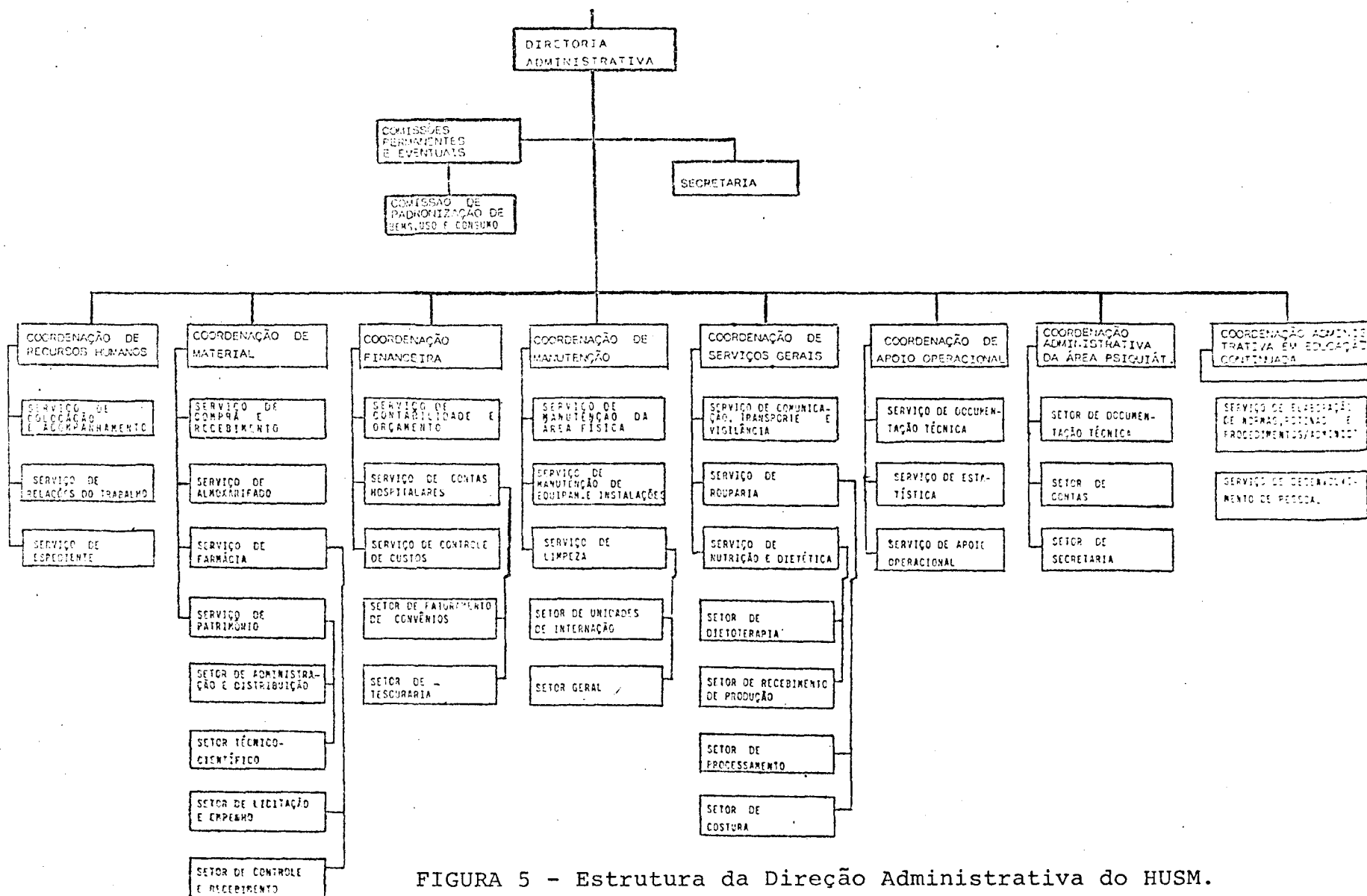


FIGURA 5 - Estrutura da Direção Administrativa do HUSM.

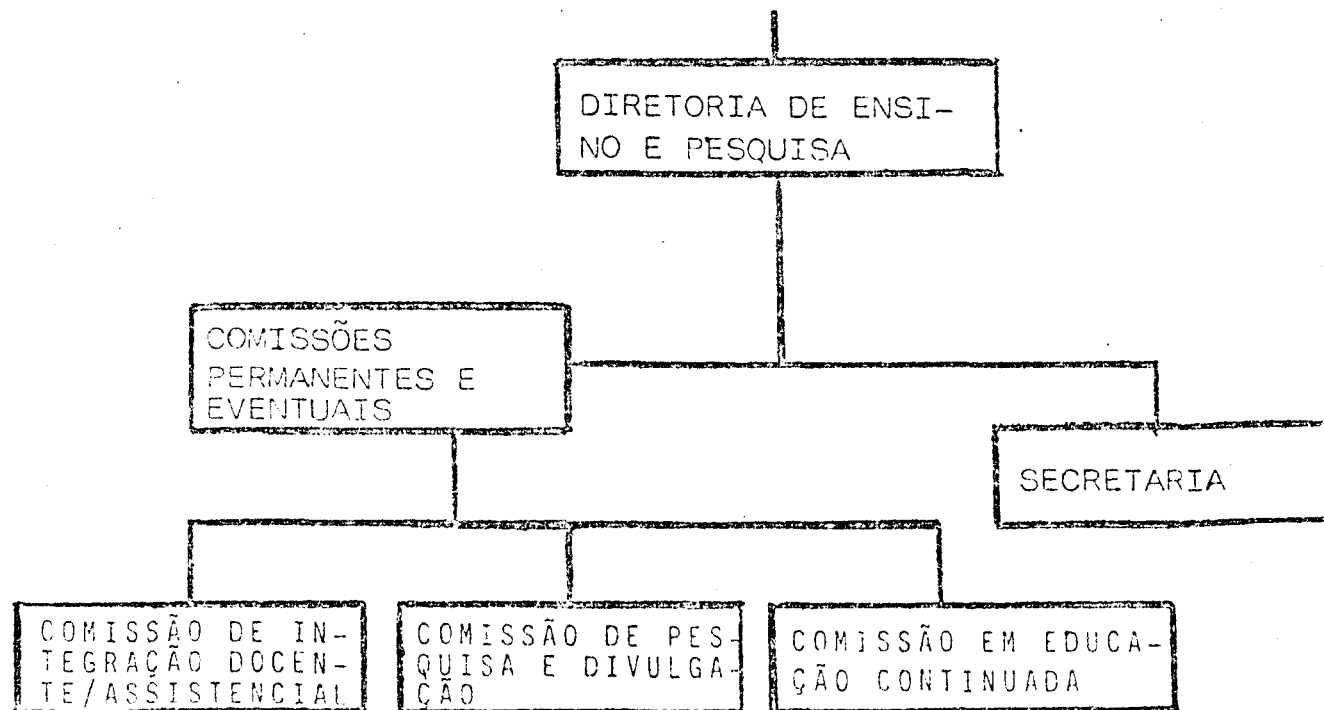


FIGURA 6 - Estrutura da Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM.

dica e Cirúrgica; em Ambulatório e em Psiquiatria (Figura 7). Os Coordenadores de Enfermagem são eleitos por seus pares da mesma forma que ocorre na DA.

4.3 - Recursos humanos

O HU, sendo uma organização que surgiu na universidade para oferecer local de prática de ensino dos cursos de saúde, especialmente ao Curso de Medicina, tem seu quadro de RH atrelado, predominantemente, ao quadro de docentes lotados nos departamentos didáticos assim como a funcionários pertencentes ao quadro da universidade.

O HUSM, identificando necessidades e áreas deficitárias, procura supri-las como o seu "minguado" orçamento, através de bolsas e contratação de serviços de terceiros. Portanto, o HUSM possui, no seu quadro de pessoal, recursos humanos lotados nos departamentos dos cursos de saúde, cumprindo carga horária na prática do ensino e assistência, e recursos humanos que são contratados pela instituição especificamente para assistência com recursos oriundos também no MEC (Quadro 4).

4.4 - Clientela

O HUSM possui sua clientela quase que exclusivamente procedente do seu convênio com o INAMPS (99%), sendo o restante (1%) originário de atendimentos a particulares e a outros convênios (Unimed, Banco do Brasil, Aeronáutica, Exército e Caixa Econômica Federal). Estas percentagens mostram que a instituição submete-se às condições impostas pelo seu quase exclusivo cliente, com pouco poder de barganha e opções.

A demanda atendida pelo HUSM é uma demanda limitada à

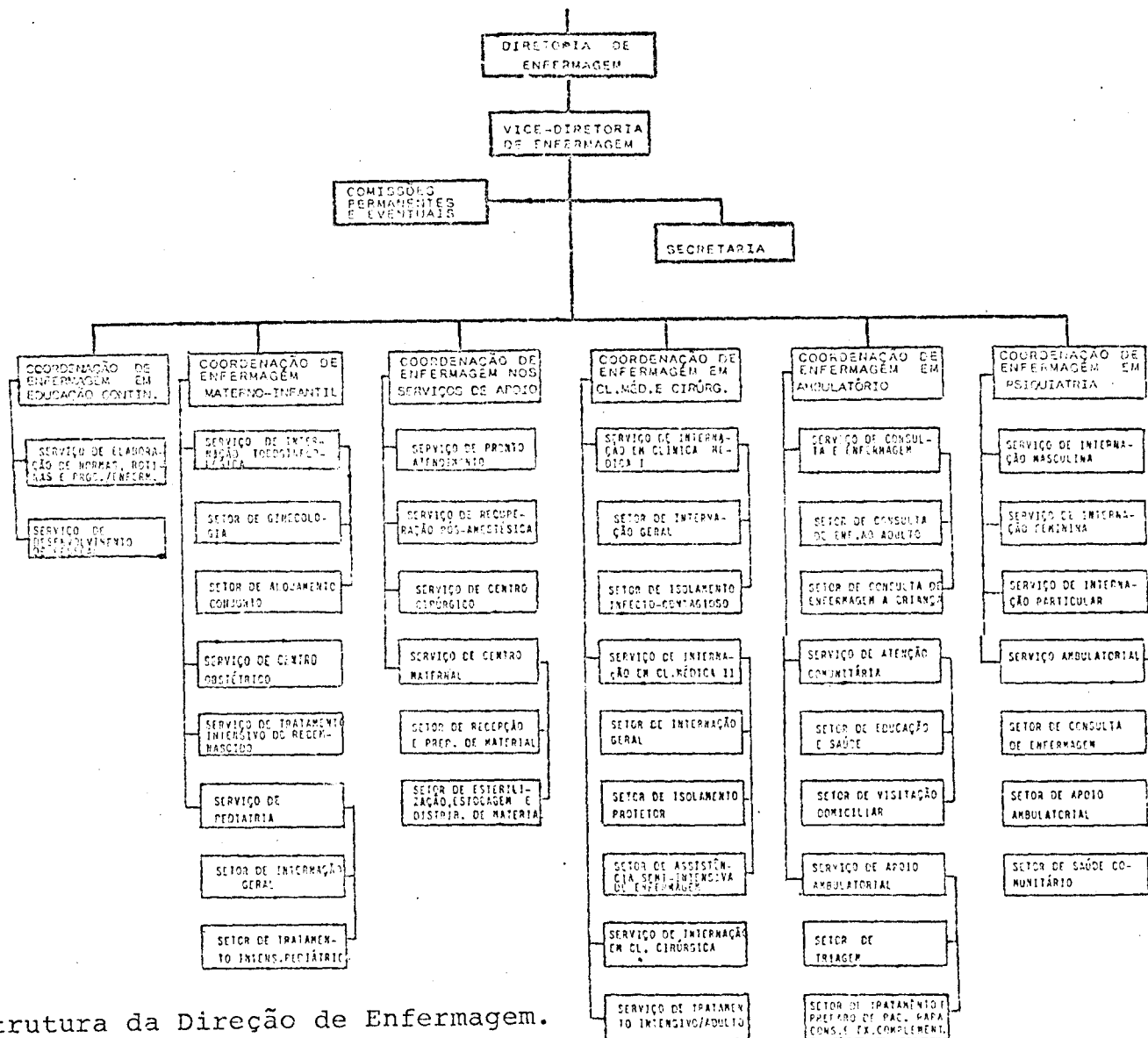


FIGURA 7 - Estrutura da Direção de Enfermagem.

QUADRO 4 - Recursos humanos do HUSM - ano de 1989.

Categoria	Número	Recursos
Médicos contratados	58	MEC
Docentes Médicos	106	
Médicos Residentes	59	
Docentes não médicos (bioquímicos)	12	
Enfermeiros contratados	78	
Outros Nível Superior (Fisioterapeuta, psicólogo, Assistente Social, etc.)	6	
Outros Enfermagem (auxiliar, atendente)	335	
Outros Nível Médio (técnico laboratório, laboratorista, técnico radiologia)	26	
PESSOAL ADMINISTRATIVO APOIO		
Nível Superior (Administrador, Arquivista, Contador, Engenheiro, etc.)	32	
Nível Médio (datilógrafo, telefonista, motorista, etc.)	212	
Auxiliar (copeiro, ascensorista, pintor, porteiro, etc.)	221	
TOTAL	1.127	
Bolsista estudante	64	Próprios
Bolsista-natureza científica	22	
Firma de limpeza	8	
Firma de vigilância	4	
TOTAL	98	
TOTAL GERAL	1.225	

oferta de serviços que se atrelam, por sua vez, às necessidades didáticas e à disponibilidade de profissionais contratados. A demanda real não é atendida, o que se constata pelo número, sempre presente, de pessoas que voltam da porta do hospital (demanda reprimida) pelo fato de o número de consultas oferecidas já terem sido esgotadas.³

³ Ver trabalho executado no HUSM, BIANCHINI, Elizabeth & CAVALHEIRO, Paulo Tadeu. Internato em Clínica Médica - O pronto atendimento como atividade. Rev. Bras. Educ. Méd., ABEM, 2(12):65-8, Mai./Ago. 1988.

No HUSM, foi feito um estudo da procedência dos pacientes que tiveram atendimento em nível ambulatorial. Esse estudo mostra uma procedência de pacientes de lugares distantes da instituição, inclusive do Oeste catarinense. São pacientes encaminhados por referência, à busca de um serviço mais especializado e por colegas médicos egressos do Curso de Medicina da UFSM (Figura 8).

O resultado deste estudo está condicionado ao limite imposto pela oferta de serviços e ao número de pacientes que conseguem atendimento, por terem chegado cedo suficiente para conseguir uma consulta, por referência priorizada ou por um encaminhamento especial: interesse científico ou clientelismo.

A demanda real ou a demanda reprimida, sabidamente existente, não é conhecida pela instituição.

4.5 - Plano de ações

Segundo o Relatório de Gestão,⁴ a Diretoria do HUSM, após sua posse (1986), "realizou uma série de reuniões, abrangendo todos os Serviços e Setores do Hospital, para obter informações sobre os problemas e necessidades de cada um deles." A partir dessas informações, foi elaborado um plano de ação, fundado em política e objetivos, que foi posto em prática em 1989, tendo impulso com o PNADHU. Foram definidas cinco políticas fundamentais, as quais deram origem a objetivos, que, por sua vez, deram origem a inúmeras metas, perfazendo um total de 55 metas. O Plano de Ações se compõe das seguintes políticas e objetivos:

1 - Qualificação do Hospital como efetivo centro de excelência e referência.

1.1 - Recuperação de infra-estrutura

1.2 - Reequipamento

⁴ Relatório da Diretoria Executiva (DIREX) da gestão 1986/1989.

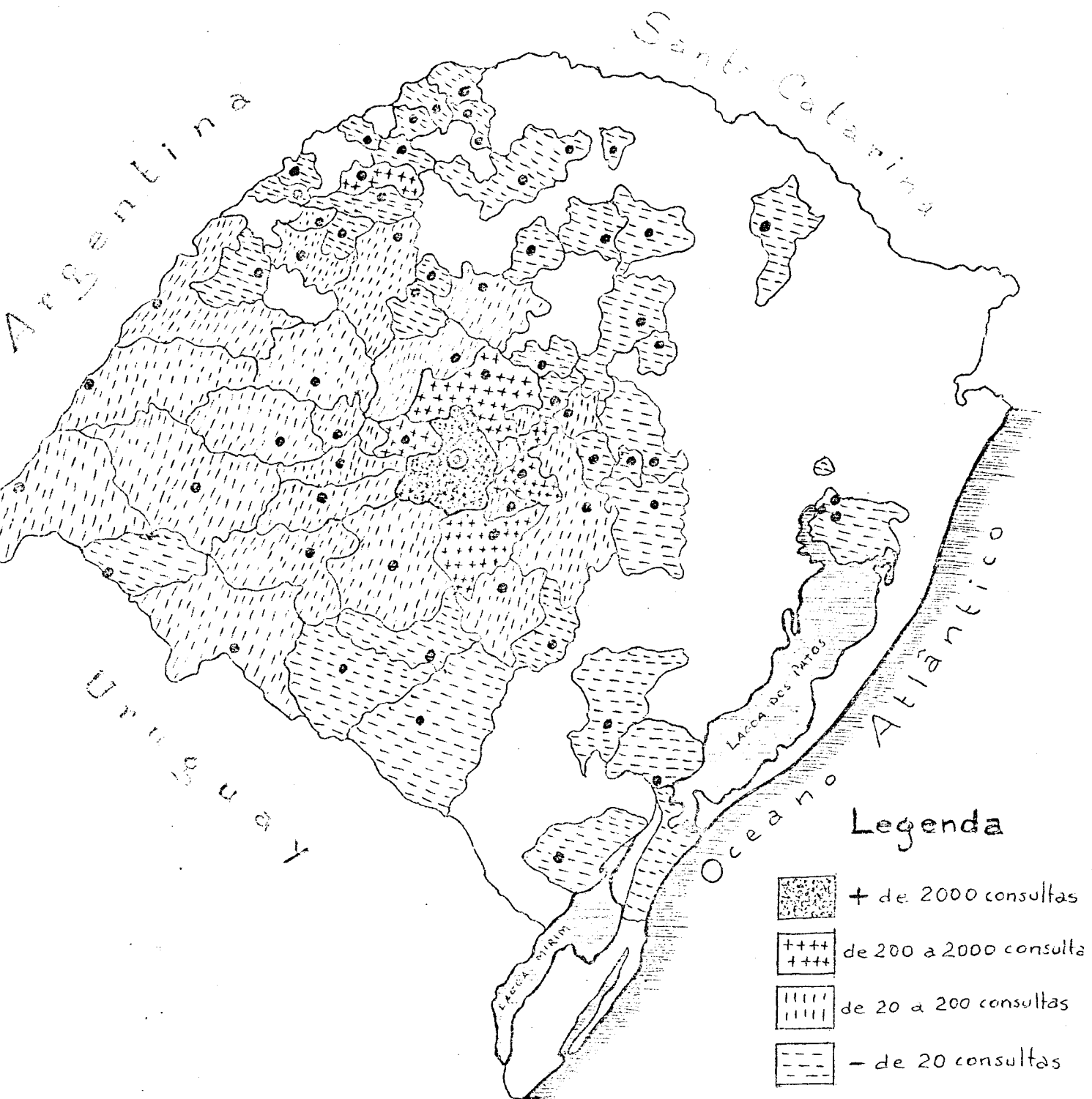


FIGURA 8 - Visualização da procedência da clientela ambulatorial do HUSM atendida no ano de 1989.

- 1.3 - Implantação/reorganização de serviços
- 2 - Estimular a melhoria do desempenho nas diversas áreas e serviços do Hospital.
 - 2.1 - Reestruturação administrativa
 - 2.2 - Estímulo ao aperfeiçoamento de recursos humanos
 - 2.3 - Melhoria qualitativa dos serviços
 - 2.4 - Estímulo à produtividade
 - 2.5 - Apoio ao servidor
- 3 - Integração ao Sistema de Saúde
 - 3.1 - Participação nos órgãos colegiados (CIMS e CRIS/4ª DRS)
 - 3.2 - Implantação do Sistema de Referência e Contra-Referência
- 4 - Apoio ao Ensino e Pesquisa
 - 4.1 - Cursos e eventos científicos
 - 4.2 - Reuniões Científicas
 - 4.3 - Arquivos médicos
 - 4.4 - Apoio à divulgação científica
 - 4.5 - Apoio à bibliografia de documentação científica
 - 4.6 - Apoio a Projetos de Pesquisa
- 5 - Estimular o aproveitamento da capacidade plena do HUSM
 - 5.1 - Ampliação de recursos humanos
 - 5.2 - Investimentos em recursos materiais

Essas políticas e objetivos deram origem a 55 metas que foram parcialmente realizadas, condicionadas à liberação de recursos, na sua maioria. Dentro da Política (1) de Qualificação do Hospital como efetivo centro de excelência e referência com o objetivo (1.1) de Recuperação da infra-estrutura foram definidas quatro metas, a saber:

- 1.1.1 - Concluir o Plano Diretor de área física com etapas e prazos, de responsabilidade de uma comissão específica. Segundo o relatório,⁵ a

⁵ Relatório de Avaliação, em 30/06/89, de Políticas, Objetivos e Metas HUSM.

parte térrea e o 1º andar estavam em fase de conclusão.

- 1.1.2 - Implementação gradativa das alterações de áreas físicas constantes no Plano Diretor: no Centro de Material de Esterilização, Sala de Espera do Paciente, Hematologia, Laboratório de Análises Clínicas, Oncologia, Banco de Sangue, Farmácia, SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística). Com responsáveis específicos em cada setor, não tinham sido executadas por ocasião da avaliação.
- 1.1.3 - Solucionar o destino do lixo hospitalar, de responsabilidade da DIREX, não executada por falta de recursos para a aquisição de equipamentos.
- 1.1.4 - Recuperação de pinturas e fachadas de prédios, fachada do Bloco B, pintura das Enfermarias. Na avaliação, iniciara-se a pintura das Enfermarias da Psiquiatria, que foi interrompida pela paralisação dos servidores.

Dentro da política (5) de Estimular o aproveitamento da capacidade plena do HUSM e no objetivo de ampliar os recursos humanos (5.1), foram definidas duas metas, a saber:

- 5.1.1 - Continuar a articulação com vista à aprovação da expansão do quadro do HUSM, pelo MEC, no exercício do ano de 1989, responsabilidade da DIREX. Na avaliação, apresentava aprovada a contratação de 44 servidores técnico-científicos pela UFSM, em negociação com o MEC.
- 5.1.2 - Continuar articulação junto ao SUDS/MPAS para a complementação de pessoal do HUSM no ano de 1989, de responsabilidade da DIREX. Na avaliação, o projeto de necessidade de pessoal através do POI (Planejamento Orçamentário Integrado) não tinha sido aprovado pela SSMARS.

Assim como essas seis metas, as 55 foram avaliadas quanto à sua execução. No cômputo geral, 17 metas (30,91%) foram executadas, 18 metas (32,73%) não foram executadas e 20 metas (36,36%) estavam em andamento e foram adiados os prazos. A Diretoria expôs, no final de gestão, as realizações deste Plano, deixando um Plano semelhante para o ano seguinte, 1990, quando assumiu uma nova Direção.

No relatório final, encontra-se a descrição das seguintes realizações:

- a recuperação da infra-estrutura baseou-se na realização de reformas na caldeira e central de vapor, reconstrução da lavanderia, construção de pavilhão da manutenção, ampliação e reforma do CTI adulto, criação do Centro Obstétrico e da Unidade Renal, além da reforma dos apartamentos e suítes;
- o reequipamento atingiu desde a aquisição de itens básicos como talheres, estetoscópio e instrumental cirúrgico, até equipamentos como o separador de células, a nova gasometria e o novo ultra-som dotado de ecocardiografia uni e bidimensional e doppler;
- a reestruturação administrativa teve seu ponto alto na aprovação do Regimento Interno, que estava em discussão há 8 anos;
- a capacidade de recursos humanos foi significativamente estimulada com a realização de cursos locais e externos, que atingiram mais de dois terços do quadro funcional do HUSM;
- o apoio aos servidores se traduziu, para os docentes, num plano de incentivo à produtividade docente assistencial, que proporcionou recursos para a participação em eventos científicos e bolsas vinculadas à produtividade assistencial. Para os servidores técnico-científicos foram proporcionados meios de participação em eventos científicos e de atualização, apoio ao funcionamento da creche da UFSM, reserva de 10% das consultas e manuten-

ção dos leitos reservados para o Plano de Ação Social da UFSM (PAS);

- a integração com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi constante, com ativa participação nos órgãos colegiados em nível municipal com a Comissão Inter-institucional Municipal de Saúde de Santa Maria (CIMS/SM), regional com a Comissão Regional Inter-institucional de Saúde (CRIS/4ª DRS) e estadual com a Comissão Inter-institucional de Saúde (CIS). O ponto mais importante desta integração foi a implantação do Sistema de Referência e Contra-Referência⁶ do Hospital com as CIMS dos municípios integrantes da 4ª DRS, para os quais foram reservados 40% das consultas especializadas do HUSM, que passaram a ser agendadas por telefone. Esse sistema inclusive suscitou a solicitação de inclusão por outros municípios da região;
- o apoio ao ensino e à pesquisa foi feito sob a forma de aquisição de livros e periódicos, criação de laboratório fotográfico e de desenho, datilografia de trabalhos científicos, reuniões interdisciplinares e de atualização e implantação do novo modelo de prontuários voltados para o problema: Sistema Weed;
- os esforços para a ocupação da capacidade plena do Hospital foram traduzidos pela apresentação de diversos projetos apresentados e aprovados aos níveis municipal, estadual e federal, mas que não foram implementados pela proibição da contratação dos recursos humanos necessários, tanto em nível estadual como federal.

A Direção relata ter mantido atuação política junto aos Ministérios da Educação, da Saúde e da Previdência e Assistente Social na busca de recursos. No congresso Nacional, relata ter

⁶ Plano apresentado à DC do HUSM, pelo representante do MEC na CRIS para o aproveitamento do Hospital pelas comunidades da 4ª DRS, como hospital de referência, excelência e terciário em novembro de 1987. Implantado a partir de 1988.

atuado junto com outros diretores de HUs, na forma de associação, "para a manutenção dos HUs e de Hospitais de Ensino vinculados à Universidade, preservando as características de Hospitais onde a assistência está integrada ao ensino e à pesquisa, afastando a ameaça de estadualização ou cogestão paritária com o Sistema Único de Saúde."⁷

No julgamento dos Diretores dos HUs, a proposta de estadualização ou cogestão paritária, dentre as propostas de engajamento do HU no SUS, significava perda de autonomia da instituição, especialmente no que se refere ao ensino e à pesquisa.

⁷ Segundo relatório da DIREX no final de gestão 1986/1989, op. cit.

CAPÍTULO V - FATORES AMBIENTAIS RELEVANTES PARA O HUSM

Na premissa de que toda organização é fruto de necessidades ambientais, está implícita a necessidade desta de manter com o ambiente uma inter-relação constante para garantir não só sua sobrevivência, como também o seu desenvolvimento. Na inter-relação organização-ambiente, enfocamos os fatores ambientais relevantes (FAR) para a atuação do HU na implementação das políticas de saúde e educação de RH para a saúde. FAR que podem orientar os objetivos organizacionais.

Quando se estabelecem objetivos, a sua realização está prevista para ocorrer no futuro, portanto, deve-se conhecer o futuro, dentro do possível, para melhor viabilizar estes objetivos. É preciso ver com antecedência. Não analisar o futuro é admitir que haverá uma estabilidade no ambiente, o que não acontece na prática. O ser humano é intrinsecamente limitado e não tem condições de adivinhar o futuro. "Entretanto, é possível explorar configurações futuras de suas variáveis mais relevantes e das relações que entre elas se tecem."¹ Esse processo se denomina estruturar a incerteza do futuro.

A estruturação da incerteza é feita a partir da definição do sistema e de sua estrutura, os quais correspondem a um modelo da realidade que cerca a organização, ou seja, o ambiente externo.

¹ MARQUES. A chave do futuro. op. cit.

5.1 - Levantamento dos fatores ambientais relevantes (FAR)

Na constatação de que as mudanças ambientais são céleres e os fatores ambientais múltiplos, faz-se necessária a seleção dos mais relevantes para a atuação da organização. A seleção dos FAR reduzirá a realidade, que é ampla e complexa, possibilitando a montagem de um banco de dados viável com a criação de um Sistema de Informação Relevante (SIR), o que permitirá à organização interar-se de forma mais adequada, dinâmica e atualizada das mudanças, das tendências e rupturas no ambiente em que atua. Tendo conhecimento e podendo avaliar fatores favoráveis e desfavoráveis, poderá comportar-se, tomando decisões, adequando seus planos estratégicos, de modo a viabilizar seus objetivos.

Para fazer a seleção das variáveis, que aqui se denomina de Fatores Ambientais Relevantes (FAR), é necessário, em um primeiro momento, rastrear múltiplos fatores ambientais, que se percebe, influem no sistema em estudo.

5.1.1 - Definição do Sistema

No estudo do caso do HUSM, define-se o sistema na composição da organização hospitalar e ambiente (Figura 9). A organização HUSM interage com múltiplos fatores do ambiente local, regional, nacionais e internacional, na busca de seus objetivos institucionais.

O Hospital não pode ser concebido isoladamente das relações estruturais sejam do ponto de vista político, econômico, tecnológico, cultural, social e administrativo, dentro de um sistema político-econômico-social maior. O HUSM, no âmbito educacional, está ligado à Universidade (UFSM), como instituição hospitalar está ligado a um sistema de saúde prestador de serviços, submetido às políticas de saúde e educação emanadas da organização governamental através de seus ministérios. Sujeitos estão, ainda, a fatores ambientais internacionais que configuram

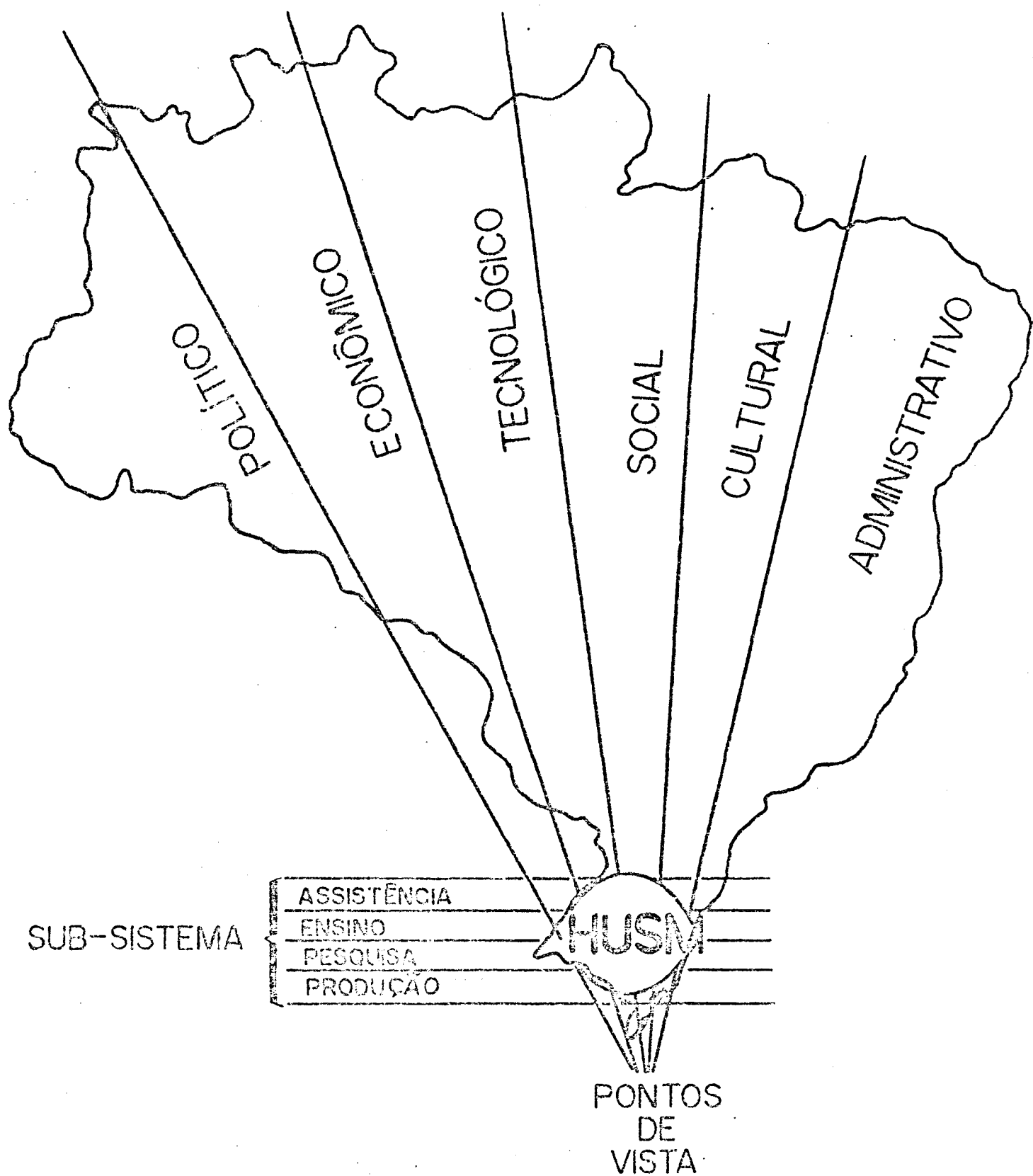


FIGURA 9 - O Sistema Hospital Universitário de Santa Maria e ambiente.

situação de influências pelas posições e inter-relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e as decorrentes dependências e interdependências.

Definido o Sistema no seu total, identificam-se os sub-sistemas nele contidos. Tratando-se de um HU, identificam-se os seguintes sub-sistemas:

- Assistência Médica: sub-sistema que trata da prestação de serviços médicos local e também regional através de uma rede de saúde, organizada ou em organização, com mecanismos de referência e contra-referência;
- Ensino: sub-sistema que está comprometido com a formação de RH na área de saúde com cursos de graduação (Medicina, Farmácia, Bioquímica, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia) e de pós-graduação (residência médica, educação continuada, administração hospitalar);
- Pesquisa: sub-sistema comprometido com a produção de conhecimentos, com a inter-relação e intercâmbios com outras instituições das áreas de saúde, ensino, pesquisa e administração;
- Produção: sub-sistema que trata da produção da organização como um todo, da eficácia organizacional, do alcance de resultados em todos sub-sistemas, de ensino, de pesquisa e de assistência, incluindo a produção de insumos hospitalares, tais como soros, desinfetantes, detergentes, etc., ou seja, da produção industrial própria.

Cada sub-sistema apresenta aspectos de natureza diversas. A natureza dos fatores é dada pelos seis pontos de vista seguintes: político, econômico, tecnológico, social, cultural e administrativo. Esta tipologia introduz uma certa disciplina intelectual, com objetivo didático de ajudar a captar melhor todos os aspectos do estudo e minimizar o subjetivismo que possa favorecer detalhes em detrimento de aspectos essenciais.

5.1.2 - Análise estrutural

O método² usado visa não só a levantar os FAR na atuação da instituição hospitalar, HUSM, de uma forma mais abrangente e completa possível, como hierarquizá-los de acordo com sua força de influência no sistema. Para isso consta de duas fases: a primeira, qualitativa, embasada na percepção das pessoas (conhecimentos, valores, necessidades) e a seguinte quantitativa, que adequa as percepções de intensidade de influências entre os FAR, de forma a suportar as operações algébricas ordinárias.

a) Fase qualitativa

Trata da abordagem de caráter subjetivo do modelo de análise. Em um primeiro momento, faz-se a:

- LISTAGEM DOS FATORES AMBIENTAIS

Para constituir-se a listagem dos fatores ambientais, formou-se um grupo de pessoas oriundas de áreas do conhecimento de sociologia, educação, política, economia, comunicação, engenharia, administração e saúde, que conhecem a instituição em estudo (HUSM) por vivência ou aproximação, todos integrantes da UFSM.

Observa-se que...

"... a capacidade do cérebro humano em dominar os múltiplos aspectos de uma situação é ampliada pelo trabalho em grupo, podendo construir uma matriz bastante representativa do fenômeno real no caso avaliado, ter-se-á assim atingido uma espécie de 'medida subjetiva',

² MARQUES, Eduardo. L'Impact Societal et Economique de L'Energie Nucleaire au Bresil. Analyse Structurelle et modele "input-output" generalise. Universite Paris-Dauphine, Thèse pour l'obtention du titre de Doctor en Economie Appliquée, 1976. Neste trabalho, o autor, abordando a implantação da energia nuclear no Brasil, faz um estudo de vários métodos e desenvolve um modelo qualitativo/quantitativo para identificação e hierarquização de fatores ambientais relevantes no sistema em estudo, do qual faz-se uso neste trabalho.

muito praticada pelo ser humano, cuja fixação do preço de obras de arte é um exemplo eloquente."³

O grupo interdisciplinar, expondo e discutindo opiniões e trocando informações, listou os fatores ambientais percebidos e descreveu cada um deles, apoiando-se nos caracteres qualitativos, de forma concisa e objetiva para melhor apreensão do conjunto de fatores. Fatores que, listados, no caso, perfizeram um total de 52 fatores.

- LISTAGEM DOS 52 FATORES

Ponto de Vista Político

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- p01 - Política Nacional de Saúde (Fd)
- p02 - Perfil do Profissional de Saúde (Fd, Lc)
- p03 - Política de Pessoal (Fd)
- p04 - Regime de Governo e suas prioridades (Fd)
- p05 - Organização da Sociedade Civil (Lc, Fd)
- p06 - Participação da Comunidade nas Comissões de Saúde (Lc)
- p07 - Contra-Normas (Fd, Lc)

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

- p08 - Política da Formação de RH para a saúde (Lc, Fd)
- p09 - Avaliação Curricular dos Cursos de Saúde (Lc)

- SUB-SISTEMA PESQUISA

- p10 - Política de Incentivo ao Aprimoramento de RH (Lc, Fd)

³ MARQUES, op. cit., p.73. (Tese).

p11 - Política de Incentivo à Produção Nacional de Insumos Equipamentos Médico- Hospitalares (Fd)

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

p12 - Política de Incentivo à Produção própria de Material de Consumo pelo HU (Fd, Lc)

p13 - Política Cambial (Fd)

p14 - Política de Relações Externas (Fd)

Ponto de Vista Econômico

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

e15 - Isonomia Salarial no Sistema de Saúde (Fd, Lc)

e16 - Sistema Tributário/Verbas para a Saúde (Fd, Lc)

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

e17 - Verbas destinadas à Educação (Fd, Lc)

- SUB-SISTEMA PESQUISA

e18 - Orçamento liberado para Pesquisa (Fd, Lc)

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

e19 - Custo-Benefício da Produção própria do HU (Fd, Lc)

Ponto de Vista Tecnológico

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

t20 - Resolutividade da Unidade Sanitária (Lc)

t21 - Informatização no HU (Lc)

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

t22 - Manutenção e Recuperação de Equipamentos (Lc, Fd)

- SUB-SISTEMA PESQUISA

t23 - Transferência de Tecnologia (Fd, Lc)

Ponto de Vista Social

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

s24 - Satisfação da População com o Sistema de Saúde (Lc)

s25 - Nível de Saúde da População (Fd, Lc)

s26 - Relação PEA e população dependente (Lc)

s27 - Salário da População mais carente (Fd, Lc)

s28 - Demografia (Lc)

s29 - Condições de Saneamento Básico (Lc)

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

s30 - Educação da População para a Saúde (Lc)

- SUB-SISTEMA PESQUISA

s31 - Sistema de Informação Científica (Lc)

Ponto de Vista Cultural

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

c32 - Escolaridade da População (Lc)

c33 - Imagem Institucional (Lc)

c34 - Conhecimento dos Serviços Oferecidos (Lc)

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

- c35 - Integração dos Cursos de Saúde (Lc)
- c36 - Análise crítica da Metodologia de Ensino (Lc)
- c37 - Educação Continuada (Lc)
- c38 - Ética Profissional (Lc)

- SUB-SISTEMA PESQUISA

- c39 - Disponibilidade de RH para aperfeiçoamento (Lc)
- c40 - Disponibilidade de RH adequados (Lc, Fd)

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

- c41 - Veículos de Comunicação de uso Popular (Lc)

Ponto de Vista Administrativo

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- a42 - Controle de Qualidade (Lc)

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

- a43 - Eficácia dos Programas de Educação (Lc)

- SUB-SISTEMA PESQUISA

- a44 - Avaliação dos Projetos de Pesquisa (Lc)
- a45 - Acompanhamento na Execução das Pesquisas (Lc)

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

- a46 - Gerência do HU (Lc)
- a47 - Preparo do Funcionário para trabalhar no HU (Lc, Fd)

- a48 - Estrutura Organizacional (Lc, Fd)
- a49 - Satisfação dos RH na Organização Hospitalar (Lc, Fd)
- a50 - Preparo Docente (Lc)
- a51 - Dinâmica da Máquina Burocrática (Fd, Lc)
- a52 - Aproveitamento da Área Física construída do HU (Lc)

- DESCRIÇÃO DOS FATORES AMBIENTAIS

Ponto de Vista Político

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

p01 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Política que orienta o comportamento das instituições de saúde em todos os níveis de atendimento assistencial.

p02 - PERFIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Perfil do profissional da saúde existente dada à formação recebida, currículo (teoria e vivência prática) e às condições da Escola.

p03 - POLÍTICA DE PESSOAL

Política que rege o serviço público federal quanto à formação, remuneração e ascensão de cargos do funcionário público.

p04 - REGIME DE GOVERNO E SUAS PRIORIDADES

Fatores de poder do regime do Governo e prioridades, suas forças de mobilização, ministérios, secretarias e poderes executivo, legislativo e judiciário.

p05 - ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Qualquer forma de organização da sociedade civil para defender interesses próprios, tais como sindicato, partidos políticos, associações de bairros e outros.

p06 - PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NAS COMISSÕES DE SAÚDE
(CIMS...)

Forma e grau de participação dos representantes da comunidade nas comissões de saúde como porta-vozes das necessidades comuns, de sugestões para o melhoramento e de avaliações da realidade vivenciada.

p07 - CONTRA-NORMAS

Práticas desviantes das normas dos programas institucionais, normas paralelas, geralmente não explicitadas, processos de sabotagem à normatização institucional, das oposições manifestas de formas diversas do discurso institucional. Ocultamento que não deixa de ser político, outros interesses que não os da instituição.

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

p08 - POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RH PARA A SAÚDE

Orientação para a formação de RHs que deverão atender às necessidades reais de saúde local e regional.

p09 - AVALIAÇÃO CURRICULAR DOS CURSOS DE SAÚDE

Dinâmica de revisão dos currículos dos Cursos de Saúde para que correspondam à formação desejada frente às necessidades de saúde-doença local e regional.

- SUB-SISTEMA PESQUISA

p10 - POLÍTICA DE INCENTIVO AO APRIMORAMENTO DE RHs

Incentivos para o aprimoramento de RH em suas áreas específicas de trabalho na instituição hospitalar (bolsas, liberação de atividades, outros).

p11 - POLÍTICA DE INCENTIVO À PRODUÇÃO NACIONAL DE INSUMOS⁴ E EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Política de incentivo à produção nacional, decorrentes das possibilidades de diminuir a importação e a dependência externa com produção própria nos mesmos níveis de qualidade.

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

p12 - POLÍTICA DE INCENTIVO À PRODUÇÃO PRÓPRIA DE MATERIAL DE CONSUMO PELO HU

Política de orientação para o investimento industrial nos HUs, produzindo materiais de consumo próprio.

p13 - POLÍTICA CAMBIAL

Política do Governo que estabelece o valor de compra da moeda nacional em relação às demais moedas.

p14 - POLÍTICAS DE RELAÇÕES EXTERNAS

Política que facilita ou dificulta as relações da instituição (HU) com outras instituições da saúde reconhecidas internacionalmente, via legislação de Relações Externas.

⁴ INSUMOS: refere-se a imunobiológicos, testes e reagentes para diagnóstico, saneantes, inseticidas, medicamentos, sangue e hemoderivados.

Ponto de Vista Econômico

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

e15 - ISONOMIA SALARIAL NO SISTEMA SAÚDE

Ocorrência de remunerações igualitárias para atividades similares em complexidade, responsabilidade e carga horária.

e16 - SISTEMA TRIBUTÁRIO/VERBAS PARA A SAÚDE

Arrecadação e distribuição de verbas em nível federal, estadual, municipal. Como se processa, como se definem e se encaminham as verbas para a assistência à saúde.

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

e17 - VERBAS DESTINADAS À EDUCAÇÃO

Cumprimento do art. 212 da Constituição que prevê 8% (União) e 25% (Estado e Município) da receita resultante de impostos para manutenção e desenvolvimento do ensino, como se processa sua distribuição.

- SUB-SISTEMA PESQUISA

e18 - ORÇAMENTO LIBERADO PARA PESQUISA

Orçamento que acompanha o incentivo à pesquisa na área de saúde no contexto nacional e internacional (bolsas e outros).

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

e19 - CUSTO-BENEFÍCIO DA PRODUÇÃO PRÓPRIA DO HU

Montante do custo de produção de materiais de consumo do HU e benefícios desta atividade para o mesmo.

Ponto de Vista Tecnológico

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

t20 - RESOLUTIVIDADE DA UNIDADE SANITÁRIA

Condições materiais técnicas e de RH nos locais de atendimento primário à saúde, para a solução dos problemas de saúde que para lá se encaminham.

t21 - INFORMATIZAÇÃO NO HU

Sistema de informatização instalada e usada no HU, correspondência às necessidades da instituição e as possibilidades de aprimoramento.

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

t22 - MANUTENÇÃO E RECUPERAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Disponibilidade de recursos para fazer manutenção e recuperação de aparelhos diversos do HU, em nível local, regional e nacional.

- SUB-SISTEMA PESQUISA

t23 - TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA

Projetos de interesse institucional que exigem tecnologia específica não existente na organização e possibilidades de acesso à mesma (nacional e internacional) visando ao intercâmbio e desenvolvimento tecnológico e de RH, através de convênios e outros.

Ponto de Vista Social

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

s24 - SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE

Aceitabilidade da população aos serviços prestados em níveis primário, secundário e terciário.

s25 - NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Como se encontram os níveis de saúde da população local e regional, embasados em indicadores sociais, índices de morbimortalidades e outros.

s26 - RELAÇÃO DA PEA E POPULAÇÃO DEPENDENTE

Relação entre taxa da população local e regional economicamente ativa e da população dependente, menos de 15 anos, maiores de 65 anos, com enfoque nos inativos por enfermidades e deficiências.

s27 - SALÁRIO DA POPULAÇÃO MAIS CARENTE

Salário da população mais carente e seu poder de atender às necessidades básicas de habitação, educação, saúde, alimentação.

s28 - DEMOGRAFIA

Densidade populacional local e regional, e a mobilidade da população, taxa de urbanização, correntes migratórias, índice de natalidade, faixas etárias e distribuição por sexo.

s29 - CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO

Condições higiênicas (água potável, esgoto, remoção do lixo) e dietéticas (alimentação, quantidade e qualidade) da população local e regional.

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

s30 - EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO PARA A SAÚDE

Nível de educação da população local e regional para a preservação da saúde, modo e meios através dos quais ela se processa.

- SUB-SISTEMA PESQUISA

s31 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

Os sistemas de informação existentes na área de pesquisa, a intensidade de seu uso, assim como a velocidade de difusão dos conhecimentos produzidos na instituição hospitalar.

Ponto de Vista Cultural

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

c32 - ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO

Índice de alfabetização e níveis de escolaridade da população local e regional.

c33 - IMAGEM INSTITUCIONAL

Imagem do HU conhecida pela comunidade acadêmica e popular e os meios pelos quais esta imagem se difundiu (TV, Rádio, Jornal, declarações de profissionais, alunos, pacientes e funcionários da instituição).

c34 - CONHECIMENTO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS

Conhecimento e esclarecimento por parte da população local e regional dos serviços oferecidos e prestados pelos Serviços de Saúde e os encaminhamentos decorrentes.

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

c35 - INTEGRAÇÃO DOS CURSOS DE SAÚDE

Integração da linha de trabalho dos cursos da área da saúde no seu ensino teórico e prático.

c36 - ANÁLISE CRÍTICA DA METODOLOGIA DE ENSINO

Ocorrência de reuniões multidisciplinares dos cursos da área da saúde onde se estabelece a análise crítica dos métodos empregados para o ensino.

c37 - EDUCAÇÃO CONTINUADA

Necessidade dos profissionais da área de saúde de reciclar-se através de programas específicos de revisão e atualização de conhecimentos.

c38 - ÉTICA PROFISSIONAL

Valores morais e princípios ideais de conduta que devem ser observados pelos profissionais da saúde, seja na área de assistência, ensino, pesquisa ou administração.

- SUB-SISTEMA PESQUISA

c39 - DISPONIBILIDADE DE RH PARA APERFEIÇOAMENTOS

Disposição de RH da instituição em sair para cursos (aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado) à busca de aprimoramento, em áreas de conhecimentos identificadas como deficitárias na organização hospitalar.

c40 - DISPONIBILIDADE DE RH ADEQUADOS

Frente às funções a serem desempenhadas pelos HUs, a ava-

liação dos RH necessários e o disponível na instituição.

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

c41 - VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO DE USO POPULAR

Estrutura, concentração, funcionamento, níveis de audiência e leituras dos veículos de comunicação local e regional.

Ponto de Vista Administrativo

- SUB-SISTEMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

a42 - CONTROLE DE QUALIDADE

Existência de mecanismos de controle de qualidade dos serviços prestados, e tipos de instrumentos usados na organização hospitalar.

- SUB-SISTEMA ENSINO DA SAÚDE

a43 - EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO

Avaliação dos objetivos propostos nos currículos dos diversos programas de educação (graduação, pós-graduação, continuada).

- SUB-SISTEMA PESQUISA

a44 - AVALIAÇÃO DOS PROJETOS DE PESQUISA

Estabelecimento de critérios e prioridades para a aprovação de projetos de pesquisa desenvolvidos na instituição hospitalar.

a45 - ACOMPANHAMENTO NA EXECUÇÃO DAS PESQUISAS

Mecanismos de acompanhamento do desenvolvimento dos projetos de pesquisa, de apoio e divulgação.

- SUB-SISTEMA PRODUÇÃO

a46 - GERENCIAMENTO DO HU

Estilo gerencial (autocrático, democrático) adotado no HU e a análise crítica sobre o perfil gerencial da direção hospitalar frente às suas funções (habilitações).

a47 - PREPARO DO FUNCIONÁRIO PARA TRABALHAR NO HU

Preparo dado ao funcionário que é destinado a trabalhar no HU, uma vez que ele ingressa através de concurso geral para a Universidade. O trabalho, na área hospitalar com encargos de assistência, ensino e pesquisa, necessita de orientação específica.

a48 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Elo organizacional do HU com outros órgãos (CCS, Reitoria, Ministério de Educação, SUS) e composição organizacional, estruturação das partes, relações e subordinações.

a49 - SATISFAÇÃO DOS RH NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Grau de satisfação das pessoas envolvidas na execução das tarefas da organização hospitalar.

a50 - PREPARO DOCENTE

Preparo dos docentes para desempenhar as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração nas funções que lhe são delegadas na instituição hospitalar onde atuam.

a51 - DINÂMICA DA MÁQUINA BUROCRÁTICA

Tempo longo dispendido com burocracias (andamento de papéis, exigências de assinaturas e carimbos) no encaminhamento, aprovação e liberação de projetos, contribuindo para a morosidade das soluções, sem acrescentar nada à eficiência da burocracia necessária.

a52 - APROVEITAMENTO DA ÁREA FÍSICA CONSTRUÍDA DO HU

Aproveitamento da área construída do HU para a assistência, ensino, administração, pesquisa. Racionalização dentro do custo do metro quadrado (m²) construído de um hospital desta natureza.

Todo processo metodológico de levantamento de fatores ambientais, é fundamentado na percepção de pessoas. Percepção esta condicionada à dimensão do conhecimento, aprendizagem, informações, com critérios de valores, opções éticas, convicções, e a dimensão afetiva, no que se refere às necessidades, interesses, motivações, preferências, sentimentos e desejos. Como se constata, não existem critérios que assegurem a percepção completa de todos os fatores que poderão interferir no sistema organizacional em estudo. Portanto, após levantamento dos fatores ambientais de influência no sistema do HUSM, duas questões permanecem sem respostas, quais sejam:

- Todos os fatores levantados são realmente importantes para este sistema?
- Todos os fatores importantes para o sistema foram identificados?

Sem diminuir o valor da análise, deixam estas questões expostas às limitações. Todos os conhecimentos que possamos hoje somar, não nos darão a amplitude do desconhecido, a dimensão da nossa ignorância. Portanto, o ambiente ignorado, com seus fatores também ignorados, deixam espaço ilimitado a ser preenchido com novos conhecimentos. O método, sendo flexível dentro de um

processo que se quer contínuo, deve absorver as possibilidades desta dinâmica, com evidência de seus benefícios, apesar das limitações.

O grupo de fatores ambientais listados e descritos, com enfoque didático para análise, são distribuídos segundo sua maior afinidade aos sub-sistemas e pontos de vista (Quadro 5). Alguns fatores apresentam grande permeabilidade em todos os sub-sistemas, como é o caso de fatores tecnológicos de Manutenção e Recuperação de Equipamentos e Transferência de Tecnologia, como é o caso do fator administrativo de Controle de Qualidade, que ficariam bem situados em qualquer dos sub-sistemas.

No Quadro 5, pode-se observar uma concentração de fatores ambientais situados no sub-sistema Assistência do ponto de vista Político e Social e no sub-sistema produção do ponto de vista administrativo.

O número de 21 fatores no sub-sistema Assistência (40,38%) realça a importância percebida deste sub-sistema do HU, já que os demais, ensino, pesquisa e produção estão voltados para ele, uma vez que o ensino é embasado na assistência qualificada e busca, no ensino e na pesquisa, estabelecer critérios para aprimorá-la, e o sub-sistema produtivo persegue a viabilização para o alcance dos objetivos estabelecidos em cada um destes sub-sistemas, buscando a eficácia organizacional como instituição hospitalar universitária.

Segundo a instância de dependência de cada fator, no que se refere à tomada de decisões e posições que os definem como força para a efetiva implementação de políticas, julga-se o seu caráter local e regional, representada pela sigla "Lc", e/ou federal, nacional e/ou internacional, representada pela sigla "Fd". Na listagem dos fatores ambientais,⁵ todos são seguidos da sigla "Lc" para aqueles fatores dependentes de decisões de âmbito local e regional, e da sigla "Fd", para os fatores dependentes de decisões no âmbito nacional e internacional. Nos casos em que estes dois aspectos são identificados, a primeira sigla indica

⁵ Ver na listagem, p.91-5, deste trabalho.

QUADRO 5 - FATORES AMBIENTAIS RELEVANTES LEVANTADOS PELO GRUPO INTERDISCIPLINAR DISTRIBUÍDOS NOS SUB-SISTEMAS E PONTOS DE VISTAS SEGUNDO SUA MAIOR IDENTIFICAÇÃO.

<div>PONTO DE VISTA</div> <div>SUB-SISTEMA</div>	POLÍTICO	ECONÔMICO	TECNOLÓGICO	SOCIAL	CULTURAL	ADMINISTRATIVO
ASSISTÊNCIA - PRESTAÇÃO SERVIÇOS LOCAL E REGIONAL ATRAVÉS DA REDE SIST.SAÚDE DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA	P ₁ - POL. NAC.SAÚDE (Fd) P ₂ - PERFIL PROF. SAÚDE (Fd,Lc) P ₃ - POL.PESSOAL(Fd) P ₄ - REG. Gov. (Fd) P ₅ - ORG.SOC.CIVIL (Lc,Fd) P ₆ - PARTICIPAÇÃO CIMS/CIS/CRIS (Lc) P ₇ - CONTRA-NORMAS (Fd,Lc)	E ₁₅ - ISON. SALAR. (Fd,Lc) E ₁₆ - SIST.TRIBUT. VEBBAS PARA SAÚDE (Fd,Lc)	T ₂₀ - RESOL.UNID. SANIT. (Lc) T ₂₁ - INFORMATIZAÇÃO/HU (Lc)	S ₂₄ - SATISFAÇÃO POP.C/SIST.SAÚDE (Lc) S ₂₅ - NÍVEL SAÚDE POPUL.(Fd,Lc) S ₂₆ - REL.PEA/POP. DEP. (Lc) S ₂₇ - SAL.POPULAÇÃO CARENTE (Fd) (Lc) S ₂₈ - DEMOGRAFIA (Lc) S ₂₉ - COND.SANEAT ² BÁSICO (Lc)	C ₃₂ - ESCOL.POPUL. (Lc) C ₃₃ - IMAG.INSTIT. (Lc) C ₃₄ - CONECT ² SERVIÇO OFEREC. (Lc).	A ₄₂ - CONT.QUALID.(Lc)
ENSINO - GRADUAÇÃO - PÓS-GRADUAÇÃO - ED. CONTINUADA - AD. HOSPITALAR	P ₈ - POL.FORM.RH/ (Lc,Fd) P ₉ - AVAL.CURRICUL. (Lc)	E ₁₇ - VERBAS/EDUC. (Fd,Lc)		S ₃₀ - EDUC.POPUL. (Lc)	C ₃₅ - INTEGRAÇÃO (Lc) C ₃₆ - ANAL.CRIT. METODOL.(Lc) C ₃₇ - ED.CONT.(Lc) C ₃₈ - ÉTICA PROF. (Lc)	A ₄₃ - EFICÁCIA PROGRAM EDUCAÇÃO (Lc)
PESQUISA - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS - INTERCÂMBIOS EXTENSÃO INTEGRAÇÃO	P ₁₀ -POL.INCENTIVO APRIM.RH(Lc,Fd) P ₁₁ -POL.INCENTIVO PROD.NAC.INSUM E.EQUIPAMENTO MED-HOSPITAL. (Fd)	E ₁₈ - ORÇT ² P/PESO (Fd,Lc)		S ₃₁ - SIST.INFORM. CIENT. (Lc)	C ₃₉ - DISPONIB. RH C ₄₀ - DISPONID. RH ADEO (Lc,Fd)	A ₄₄ - AVAL.PROJET.(Lc) A ₄₅ - ACOMPT ² EXECUÇÃO DAS PESQ. (Lc)
PRODUTIVO - INDÚSTRIA DE MATERIAL CONSUMO HU - PRODUÇÃO DA ORGANIZAÇÃO COMO UM TODO - EFICÁCIA ORGANIZACIONAL - ALCANCE DE RESULTADOS.	P ₁₂ -POL.INC.PROD. PRÓPRIO/HU (Fd,Lc) P ₁₃ -POL.CAMBEL.(Fd) P ₁₄ -POL.REL.EXT. (Fd)	E ₁₉ - CUSTO/BENEF. PROD.PROD/HU (Lc)(Fd)	T ₂₂ - MANUT. RECUP. EQUIP.(Lc,Fd) T ₂₃ - TRANSF.TECNOLOGIA (Fd,Lc)		C ₄₁ - VEIC. DE COM. USO POP.(Lc)	A ₄₆ - GERENCIA/HU(Lc) A ₄₇ - PREP.FUNC.HU (Lc,Fd) A ₄₈ - ESTR.ORGAN(Lc,Fd) A ₄₉ - SATISF.RH/HU (Lc,Fd) A ₅₀ - PREP.DOCENTE(Lc) A ₅₁ - DINÂM.MÃO.BUROC. (Fd,Lc) A ₅₂ - APROVEIT ² ÁREA FÍSICA (Lc)

a faceta percebida como a mais importante na determinação da relevância do fator no sistema. No Quadro 6, pode-se ver a distribuição dos fatores nos quatro sub-sistemas e nos pontos de vista, segundo o julgamento do caráter de dependência de posições e decisões próximas à instituição em estudo, fatores julgados de caráter local (Lc), que aparecem em um número total de 34, e os julgados de caráter federal (Fd) com um número total de 18. Essa distribuição mostrada no quadro 6, é representada em gráficos (Gráficos 1 e 2), dando a dimensão de quanto ações locais podem responsabilizar-se pelos resultados das implementações das políticas, sem obrigatoriamente remeter-se a origem das dificuldades a uma instância mais distante, de caráter federal, de âmbito nacional e até mesmo internacional. Essa constatação configura possibilidades de situações diversas nos 38 HUs existentes no Brasil, por características ambientais locais e regionais distintas.

Observa-se a predominância da dependência de medidas locais e regionais nos pontos de vista social, cultural e administrativo, especialmente o cultural e administrativo, que podem ser vistos como margem de possibilidades de mudanças a partir de decisões, de ações de âmbito local e regional.

Do ponto de vista econômico, chama atenção a dependência do Sistema HU do âmbito federal, o que condiz com o fato de ser o HU em estudo, um órgão público federal com quadro de pessoal composto de funcionários públicos, e vender os seus serviços, quase na sua totalidade, ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social).

No Gráfico 1, observa-se que os fatores de aspectos administrativo e cultural estão marcadamente situados próximos ou juntos à instituição, o que caracterizará situações específicas para cada instituição hospitalar. Ainda neste gráfico, nos aspectos político e econômico, observa-se uma inversão: os FAR estão situados distantes da organização HU, sendo que o aspecto econômico não tem nenhuma expressão, na avaliação da dependência de tomada de decisões situadas na organização ou próximo dela. Os fatores de aspecto econômico e tecnológico, sempre tão citados em qualquer observação informal, aparecem em menor nú-

Quadro 6 - Distribuição dos Fatores Ambientais nos Sub-Sistemas e Pontos de Vistas, segundo o caráter de dependência de decisões próximas (Lc) ou distantes (Fd) da organização do HUSM.

Ponto de Sub- Sistema Vista	POLÍTICO		ECONÔMICA		TECNOLOG.		SOCIAL		CULTURAL		ADMINISTR.		TOTAL	
	Fd	Lc	Fd	Lc	Fd	Lc	Fd	Lc	Fd	Lc	Fd	Lc	Fd	Lc
ASSISTÊNCIA MÉDICA	5	2	2	-	-	2	2	4	-	3	-	1	9	12
													21	
ENSINO	-	2	1	-	-	-	-	1	-	4	-	1	1	8
													9	
PESQUISA	1	1	1	-	-	-	-	1	-	2	-	2	2	6
													8	
PRODUÇÃO	3	-	1	-	1	1	-	-	-	1	1	6	6	8
													14	
TOTAL	9	5	5	-	1	3	2	6	-	10	1	10	18	34
	14		5		4		8		10		11		52	

Gráfico 1 - Distribuição dos FAR do HUSM nos aspectos político, econômico, ..., segundo sua dependência de decisão de âmbito Federal (Fd) ou de âmbito Local (Lc).

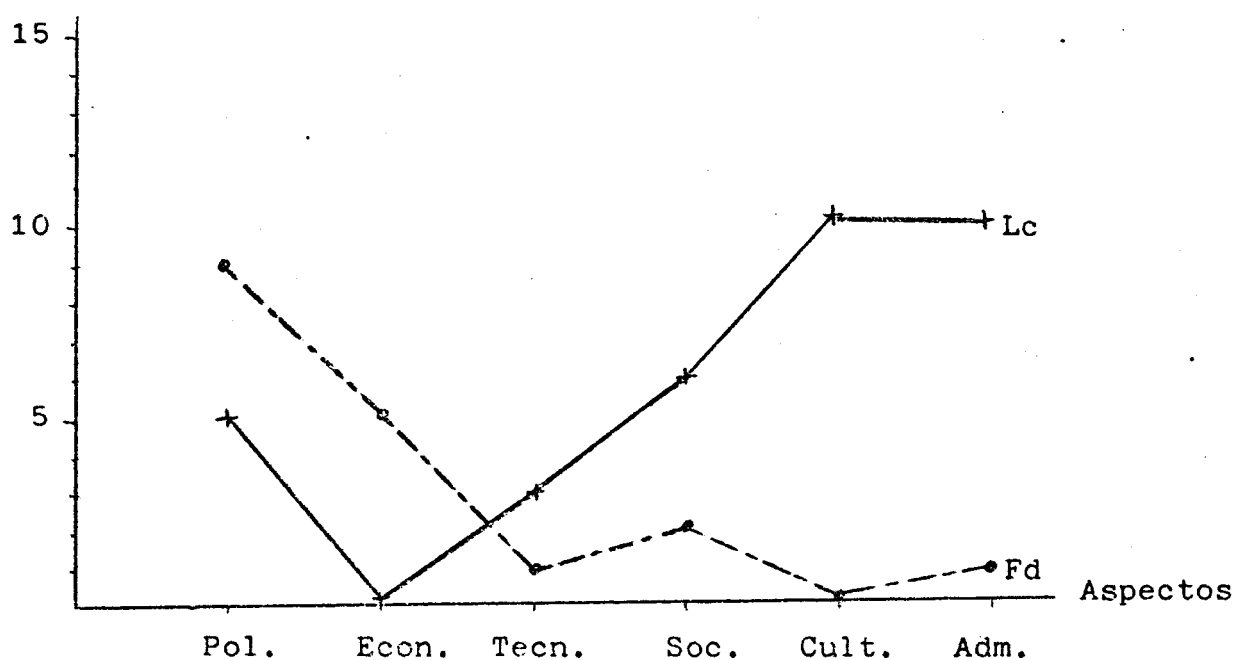
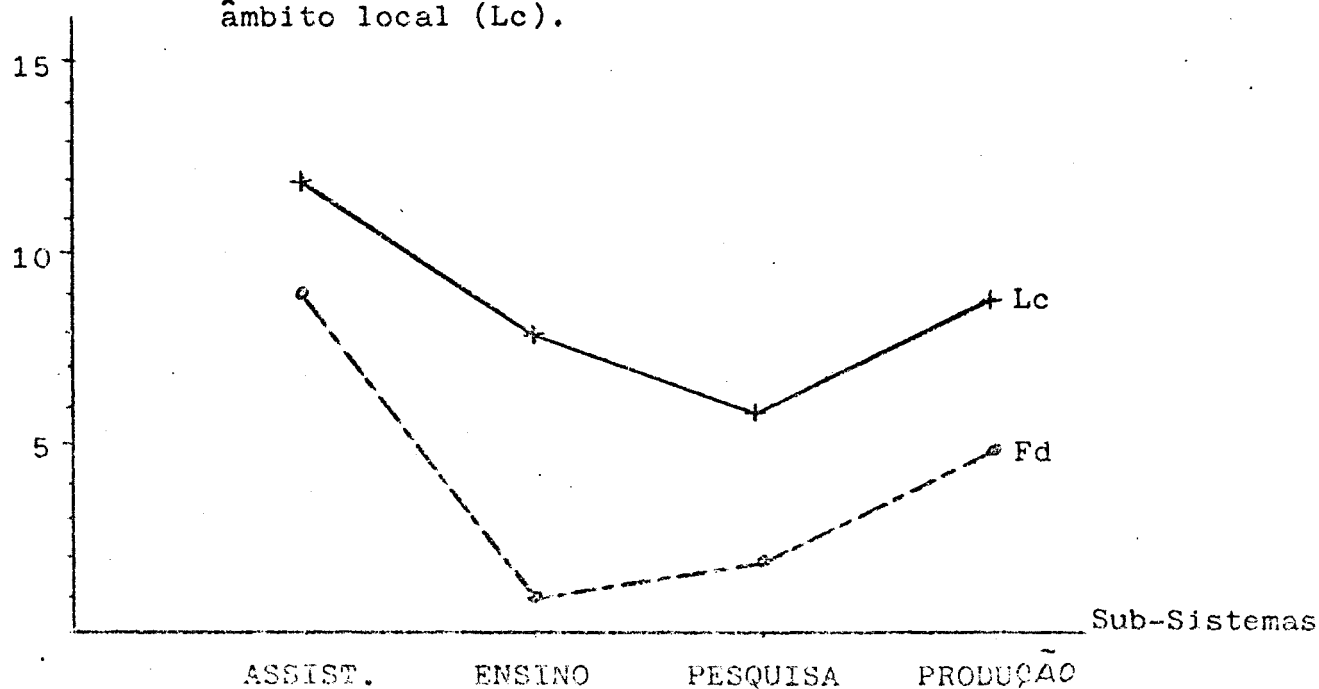


Gráfico 2 - Distribuição dos FAR do HUSM nos sub-sistemas assistência, ensino, pesquisa e produção segundo sua dependência de decisão de âmbito Federal (Fd) ou de âmbito local (Lc).



mero, o que pode levantar dúvida à magnitude da importância que lhes são dadas, quando se discutem as dificuldades para mudanças.

No Gráfico 2, o sub-sistema Ensino está sob forte influência da FAR locais e regionais, que demarca a dependência da qualidade deste sub-sistema de fatores próximos e juntos à organização. De forma semelhante, mas em menor número, mostra-se o sub-sistema Pesquisa, sendo que os FAR de dependência federal (nacional e internacional) são superiores aos do sub-sistema Ensino.

Cruzando os Quadros 5 e 6, observa-se o sub-sistema Produção, que trata dos resultados da instituição como um todo do ponto de vista Administrativo, apresentando de 7 fatores ambientais percebidos, 6 fatores com dependência de decisões e ações locais e regionais, portanto, próximas ou na própria organização. O sub-sistema Assistência, do ponto de vista Político, apresenta uma concentração de 7 fatores com predominância dos dependentes de decisões nacionais e internacionais (Fd-5/Lc-2); do ponto de vista Social, apresenta 6 fatores dependentes de decisões predominantemente de âmbito local e regional (Lc-4/Fd-2). O maior número de FAR percebidos estão agrupados no sub-sistema Assistencial de âmbito político e social, como também no sub-sistema Produção de âmbito administrativo, dando relevância para o caráter político-social da assistência prestada e ao caráter administrativo da produção da organização como um todo, sendo que os fatores políticos estão submetidos a decisões e ações da esfera nacional e até internacional, e os sociais e administrativos têm implicações, predominantemente, locais e regionais.

Na etapa seguinte, busca-se a avaliação da relação de influências diretas de cada um dos fatores sobre todos os demais, na percepção do grupo interdisciplinar.

No momento seguinte avalia-se:

- INTER-RELAÇÃO DOS FATORES AMBIENTAIS

O sistema pode ser observado, agora, como um conjunto de fatores com inter-relação e interdependências. O estudo da com-

plexidade do sistema é feito com o uso de uma matriz, chamada de matriz estrutural. No presente trabalho usam-se duas matrizes estruturais, uma correspondente à percepção das inter-relações dos fatores na situação presente (o que é) e outra correspondendo à percepção da inter-relação das variáveis na situação desejada (o que deveria ser) na percepção do ideal, retratando-se na declaração de Alma-Ata - SPT-2000 (cenário normativo).

Em cada matriz, os 52 fatores estão colocados na linha e na coluna. Colocadas na linha estão em posição de receber influências e colocadas na coluna estão na posição de influenciar (Figura 10). Assim, cada fator será avaliado quanto ao seu poder de influenciar e de ser influenciado.

Estando todos os fatores que influenciam colocados na coluna um abaixo do outro, pode-se avaliar cada fator, por exemplo, P1 (p01) quanto à sua influência direta sobre todos os demais, P2 (p02), P3 (p03), ..., que estão colocados um ao lado do outro na linha da matriz. Procede-se da mesma forma com todos os demais fatores colocados na coluna.

O processo de preenchimento das matrizes têm dois momentos. No primeiro momento, indica-se a existência e o sentido da influência (relação), respondendo às seguintes questões:

- O fator, por exemplo, P1 influi diretamente o fator P2?

Se não influenciar deixa-se o quadrado da matriz, correspondente à intersecção dos dois fatores, vazio, o que corresponde a zero influência. Se se percebe influência, questiona-se ainda:

- Esta influência dificulta, enfraquece, desfavorece (-) ou esta influência facilita, favorece, fortalece (+)?

Se a influência dificulta ou desfavorece, coloca-se um sinal negativo no quadrado correspondente da matriz. Se a influência facilita, favorece ou fortalece, coloca-se o sinal positivo. Assim se procede com todos os fatores, preenchendo-se as duas matrizes.

No segundo momento, passa-se ao caso avaliado, que dirá sobre a intensidade das influências identificadas, o que aumen-

Variáveis que recebem influência

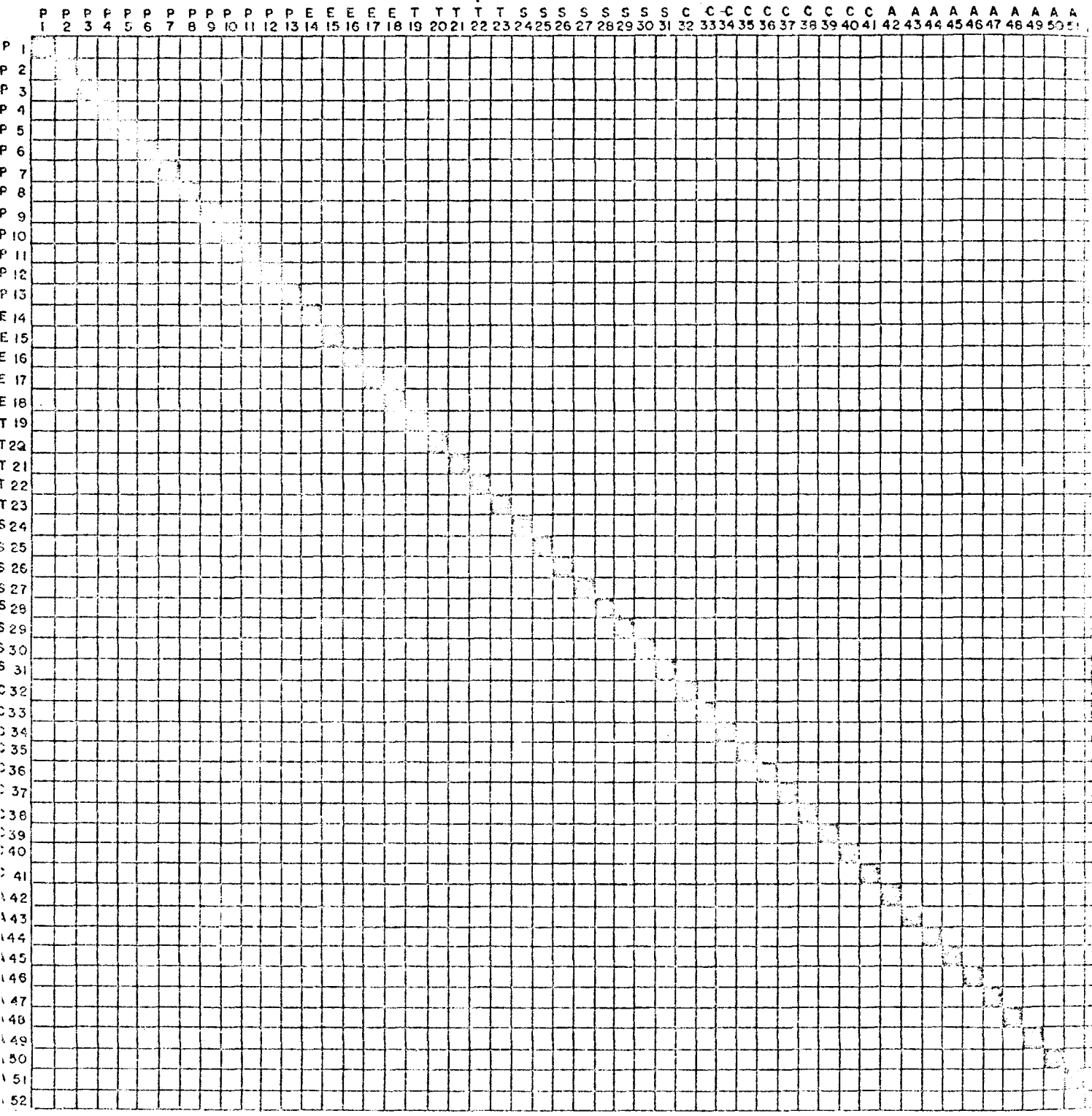


FIGURA 10 - Matriz Estrutural para preenchimento de relação de influências direta entre os fatores ambientais levantados.

ta consideravelmente a informação proporcionada neste modelo. Exige-se, agora, a capacidade do grupo de definir a intensidade de influência de um fator sobre outro. A pergunta é dirigida para as relações de influência, positivas (+) ou negativas (-), percebidas entre os fatores (Figuras 11 e 12), qual seja:

- Em que intensidade se dá esta influência, pequena (P), média (M) ou forte (F)?

A seguir, coloca-se a letra correspondente à intensidade junto ao sinal do sentido da influência (Figuras 13 e 14).

B) FASE QUANTITATIVA

Trata da avaliação das influências indiretas na inter-relação dos fatores ambientais.

b.1) - Conversão da matriz em dados numéricos

Para estudar as propriedades do gráfico de influências é preciso converter esta matriz em uma matriz capaz de suportar as operações algébricas ordinárias. Avaliam-se os três tipos de influência segundo uma escala ordinal, que se convencionou ser igual a:

± F ——— ± 3

± M ——— ± 2

± P ——— ± 1

ausência- 0 (zero)

O nível de informação apresentado pelo método se situa entre o caso mais simples de uma matriz binária e a matriz de um sistema de equação diferencial linear, cuja solução fornece os

Variáveis que recebem influência

	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FIGURA 14 - Matriz Estrutural preenchida com a percepção de intensidade das relações de influência, na situação - o que deveria ser.

níveis quantitativos de fatores.⁶

Convertida a matriz em dados numéricos, segundo convenção (Figuras 15 e 16), esta é processada em programa fundado no modelo CHIVAS, que introduz um mecanismo capaz de levar em conta as influências diretas e indiretas (modelo de análise das relações). Este modelo é antes de tudo algébrico, construído sobre a matriz estrutural. A matriz estrutural só contém as influências diretas, e, no método CHIVAS, a partir destes dados, são conhecidas as cadeias de influências indiretas. Para exemplificar, se P2 influi diretamente P7, que, por sua vez, influi C35, que influi P8, e P8 influi A43, pelo encadeamento de influências, P2 influi de forma indireta A43.



Com efeito, o cálculo de "n" potências da matriz estrutural tem as seguintes propriedades:

- a partir de um caso não avaliado (qualitativo), tomam-se valores absolutos, e o número total de caminhos, comprimentos e circuitos⁷ entre os fatores;
- os sinais das relações são negativos ou positivos, os caminhos ou circuitos serão, conseqüentemente, positivos ou negativos;
- no caso avaliado, os valores das influências são conhecidos e dão a soma algébrica das intensidades de influências positivas e negativas de ordem. Quando a influência é positiva, exemplificando, de "a" sobre "b", o reforço de "a" é favorável a "b"; se, ao contrário, for negativa, um reforço de "a" é desfavorável a "b". A for-

⁶ Melhor detalhamento sobre o estudo do método e suas referências, veja, MARQUES, E. Thèse de Doctour, op. cit., p.41-81.

⁷ Caminho - é o resultado ordenado de picos distintos, dois picos consecutivos ligados formam um arco único.

Comprimento - é o número de arcos que ele contém. a b c d.

Circuito - caminho onde as extremidades inicial e final coincidem. In: MARQUES, op. cit. p.48-51.

Variáveis que recebem influência

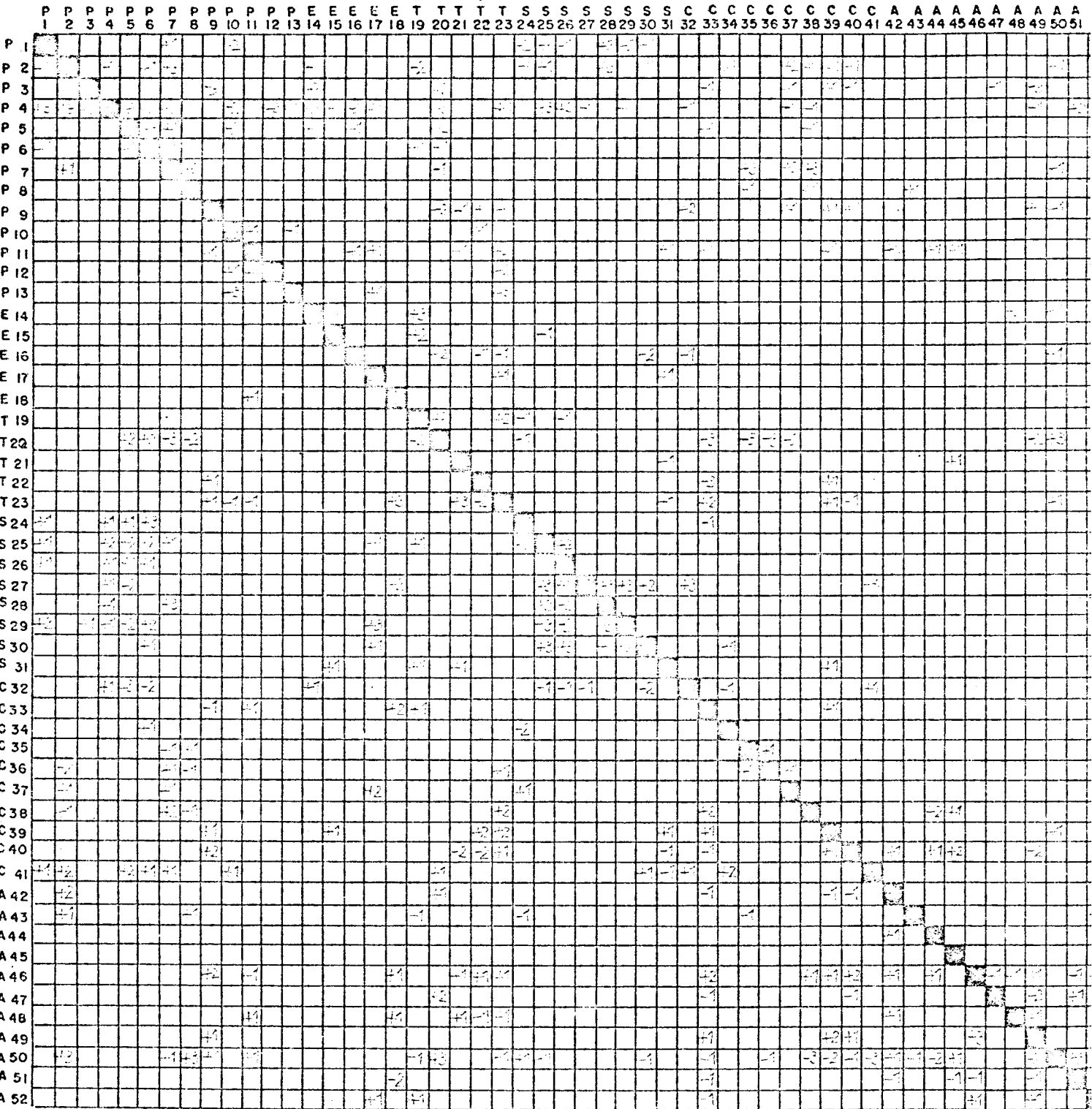


FIGURA 15 - Matriz Estrutural quantificada segundo convenção na situação - o que é.

ça do caminho vai diminuindo com o aumento deste - mecanismo de penalidade.⁸

b.2 - Hierarquização dos Fatores Ambientais

O objetivo de hierarquizar-se os fatores ambientais na razão direta do valor de influência destes, dentro do sistema em estudo, no caso um sistema com 52 fatores, é determinar quais deles devem ser objeto de um estudo mais aprofundado em nível institucional. Essa operação é necessária, uma vez constatar-se a grande complexidade ambiental e a velocidade cada vez maior com que ocorrem as mudanças, o que impossibilita a prática de acompanhamento de todos eles. O critério para a hierarquização é a força de influência direta e indireta de cada fator para agir no sistema, dada pela soma algébrica dos valores das colunas e linhas (CHIVAS).

A preferência pelo método quantitativo vem do fato de que ele traz mais informações, complementando, dando continuidade ao método qualitativo, exigindo um mergulho mais profundo no sistema.⁹

O método CHIVAS para o processamento dos dados requer a codificação dos fatores em estudo, que corresponderam à letra e ao número respectivo dos fatores na sua listagem inicial.

Foram preenchidas duas matrizes (o que é e o que deveria ser), portanto temos duas hierarquizações dos FAR, uma decorrente da percepção do grupo, de como os fatores ambientais se comportam na situação atual - o que é - e outra de como deveriam se comportar em uma situação desejada - o que deveria ser. Após o processamento dos dados, teve-se a hierarquização dos fatores por ordem de maior força de influência na situação atual e em um futuro desejado (Quadros 7 e 8).

Os fatores de maior influência na situação atual são importantes, à medida que melhor estudados e acompanhados em suas

⁸ MARQUES, op. cit., p.76-8.

⁹ MARQUES, op. cit., p.75.

QUADRO 7 - Classificação hierárquica dos Fatores Ambientais Relevantes do HUSM na situação - o que é.

FATORES HIERARCHIZATION				FATORES HIERARCHIZATION			
LINE ITEM	VARIABLE	SCORE	NOTE	VARIABLE	SCORE	SCORE	NOTE
1	27 variavel s27	34.68		1 variavel p01	9.06	17.46	-4.40
2	4 variavel p04	34.38		2 variavel p02	19.53	19.18	0.35
3	27 variavel s29	18.12		3 variavel p03	12.60	5.52	7.07
4	30 variavel s30	14.60		4 variavel p04	43.41	2.03	41.38
5	46 variavel a46	9.65		5 variavel p05	10.34	21.75	-11.41
6	50 variavel a50	8.59		6 variavel p06	7.30	29.17	-21.87
7	47 variavel a47	8.11		7 variavel p07	15.51	30.74	-15.23
8	25 variavel s25	8.00		8 variavel p08	3.43	14.79	-11.36
9	32 variavel c32	7.44		9 variavel p09	12.59	13.39	-0.80
10	3 variavel p03	6.71		10 variavel p10	4.15	13.74	-9.59
11	16 variavel e16	6.55		11 variavel p11	12.02	10.74	1.28
12	41 variavel c41	6.12		12 variavel p12	7.27	4.83	2.44
13	29 variavel t20	6.01		13 variavel p13	9.27	3.61	5.66
14	13 variavel p13	5.66		14 variavel e14	7.37	8.31	-0.94
15	40 variavel a48	3.83		15 variavel e15	4.31	2.22	2.09
16	22 variavel s28	3.04		16 variavel e16	10.63	4.23	6.40
17	12 variavel p12	2.41		17 variavel e17	3.29	3.71	-0.42
18	15 variavel e15	2.02		18 variavel e18	2.46	11.53	-9.07
19	52 variavel a52	1.76		19 variavel t19	8.19	14.87	-6.68
20	24 variavel s24	1.66		20 variavel c20	24.37	13.46	10.91
21	43 variavel a43	1.52		21 variavel t21	2.18	10.11	-7.93
22	42 variavel a42	1.31		22 variavel t22	5.02	9.52	-4.50
23	11 variavel p11	1.26		23 variavel t23	14.46	23.17	-8.71
24	2 variavel p02	0.35		24 variavel s24	10.05	8.27	1.78
25	49 variavel a49	-0.79		25 variavel s25	24.56	16.56	8.00
26	14 variavel e14	-0.94		26 variavel s26	8.92	12.93	-4.01
27	9 variavel p09	-1.10		27 variavel s27	37.01	2.33	34.68
28	34 variavel c34	-1.95		28 variavel s28	19.45	16.41	3.04
29	51 variavel a51	-2.47		29 variavel s29	26.75	8.86	17.89
30	39 variavel c39	-2.93		30 variavel s30	22.74	8.14	14.60
31	40 variavel c40	-3.35		31 variavel c31	5.49	10.90	-5.40
32	26 variavel s26	-3.94		32 variavel c32	14.30	8.86	5.44
33	37 variavel c37	-4.27		33 variavel c33	7.88	17.48	-9.60
34	1 variavel p01	-4.40		34 variavel c34	3.12	5.07	-1.95
35	22 variavel t22	-4.49		35 variavel c35	4.04	14.44	-10.40
36	17 variavel e17	-4.83		36 variavel c36	6.18	11.73	-5.55
37	38 variavel c38	-5.03		37 variavel c37	7.35	11.62	-4.27
38	31 variavel s31	-5.40		38 variavel c38	13.71	10.74	3.00
39	36 variavel c36	-5.56		39 variavel c39	10.95	13.93	-2.98
40	44 variavel a44	-5.60		40 variavel c40	7.55	11.40	-3.85
41	19 variavel t19	-6.69		41 variavel c41	13.31	7.19	6.12
42	45 variavel a45	-6.70		42 variavel c42	7.59	6.28	1.31
43	23 variavel t23	-6.71		43 variavel a43	5.04	3.92	1.12
44	18 variavel e18	-8.90		44 variavel a44	2.12	7.72	-5.60
45	40 variavel p10	-9.57		45 variavel a45	1.00	7.90	-6.90
46	33 variavel c33	-9.59		46 variavel a46	16.10	8.43	7.67
47	35 variavel c35	-10.40		47 variavel a47	11.04	2.93	8.11
48	3 variavel p03	-11.07		48 variavel a48	7.93	4.10	3.83
49	5 variavel p05	-11.41		49 variavel a49	13.28	14.07	-0.79
50	7 variavel p07	-15.23		50 variavel a50	25.48	16.52	8.96
51	21 variavel t21	-15.23		51 variavel a51	7.34	9.81	-2.47
52	8 variavel p08	-21.87		52 variavel a52	6.61	4.83	1.78

QUADRO 8 - Hierarquização dos Fatores Ambientais Relevantes do
HUSM na situação - o que deveria ser.

D'APRES HIERARCHISATION			AVANT HIERARCHISATION			
CLASSEMENT	VARIABLE	NOTE	VARIABLE	S. LIGNE	S. COLONNE	NOTE
1	4 variavellp04	2130.92	1 variavellp01	2216.14	816.37	1399.77
2	41 variavellc41	1757.88	2 variavellp02	1735.88	2502.31	-766.61
3	27 variavells27	1723.30	3 variavellp03	808.67	147.68	660.98
4	29 variavells29	1487.36	4 variavellp04	2896.99	676.07	2138.92
5	1 variavellp01	1399.77	5 variavellp05	1666.37	507.51	558.86
6	32 variavellc32	1364.75	6 variavellp06	1064.40	689.56	374.90
7	25 variavells25	1013.01	7 variavellp07	2203.95	2368.92	-664.97
8	26 variavells26	840.95	8 variavellp08	963.95	1738.98	-774.13
9	28 variavells28	810.15	9 variavellp09	1627.91	2115.03	-487.11
10	50 variavella50	710.94	10 variavellp10	699.14	757.27	-58.12
11	3 variavellp03	660.98	11 variavellp11	596.42	980.20	-383.79
12	16 variavellc16	603.08	12 variavellt12	177.73	100.61	77.12
13	30 variavells30	602.84	13 variavellp13	240.59	281.93	-41.34
14	5 variavellp05	558.86	14 variavella14	254.72	196.45	58.26
15	42 variavella42	468.97	15 variavella15	162.38	186.78	-24.60
16	46 variavella46	452.20	16 variavella16	809.91	206.83	603.08
17	6 variavellp06	374.90	17 variavella17	485.68	1145.68	-659.41
18	48 variavella48	331.90	18 variavella18	78.35	922.49	726.08
19	43 variavella43	239.23	19 variavellt19	1057.50	2421.16	-1363.68
20	51 variavella51	136.91	20 variavellt20	380.32	1045.75	-665.42
21	34 variavellc34	126.83	21 variavellt21	71.21	1068.04	-996.83
22	12 variavellp12	77.12	22 variavellt22	290.90	613.94	-323.04
23	14 variavella14	58.26	23 variavellt23	808.55	2574.11	-1765.53
24	36 variavellc36	33.59	24 variavella24	1377.54	1854.43	-478.89
25	15 variavella15	-24.60	25 variavells25	2112.26	1099.25	1013.01
26	13 variavellp13	-41.34	26 variavells26	1479.64	638.69	840.95
27	10 variavellp10	-58.12	27 variavells27	1832.52	109.22	1723.30
28	35 variavellc35	-145.28	28 variavells28	1321.93	510.89	810.15
29	52 variavells52	-153.68	29 variavells29	1796.45	309.10	1487.36
30	49 variavella49	-239.89	30 variavells30	1253.51	650.67	602.84
31	37 variavellc37	-260.86	31 variavells31	869.44	1329.74	-460.30
32	22 variavellt22	-323.04	32 variavellc32	1522.88	158.13	1364.75
33	39 variavellc39	-329.49	33 variavellc33	151.00	2250.73	-2099.74
34	11 variavellp11	-383.79	34 variavellc34	504.92	378.09	126.83
35	31 variavells31	-460.30	35 variavellc35	1357.35	1502.63	-145.28
36	24 variavells24	-476.89	36 variavellc36	1412.69	1379.10	33.59
37	9 variavellp09	-487.11	37 variavellc37	1364.71	1625.57	-260.86
38	47 variavella47	-577.23	38 variavellc38	855.31	1486.13	-630.82
39	38 variavellc38	-630.82	39 variavellc39	1037.29	1366.78	-329.49
40	44 variavella44	-657.26	40 variavellc40	879.87	2066.78	-1138.96
41	17 variavella17	-659.41	41 variavellc41	1796.24	38.36	1757.88
42	7 variavellp07	-664.97	42 variavella42	1480.20	1011.24	468.97
43	20 variavellt20	-665.42	43 variavella43	1143.31	904.09	239.23
44	18 variavella18	-726.08	44 variavella44	418.59	1075.65	-657.26
45	2 variavellp02	-766.65	45 variavella45	298.98	1344.64	-1045.66
46	3 variavellp03	-774.13	46 variavella46	1417.31	965.11	452.20
47	21 variavellt21	-996.83	47 variavella47	215.46	792.69	-577.23
48	45 variavells45	-1045.66	48 variavella48	639.59	309.69	331.90
49	40 variavellc40	-1186.90	49 variavella49	735.69	775.57	-239.89
50	19 variavellt19	-1363.68	50 variavells50	3052.56	2341.62	710.94
51	23 variavellt23	-1765.53	51 variavella51	439.74	392.83	136.91
52	33 variavellc33	-2099.74	52 variavella52	200.71	354.39	-153.68

LEGENDA DOS QUADROS 7 e 8

Tradução e interpretação dos termos em francês contidos no programa processado que aparecem nestes resultados.

Après Hierarchisation - traduzindo do francês, "após hierarquização". Fatores na ordem da classificação hierárquica de acordo com o cálculo final dos valores de influência no sistema.

Avant Hierarchisation - traduzindo, "antes da hierarquização". Fatores com seus valores de influência calculados e ainda na ordem da listagem fornecida.

Classement - classificação em ordem hierárquica.

Variable - fatores ambientais.

Código - código representativo de cada fator ambiental.

S. Ligne e S. Colonne - cálculo de valores corresponde às operações das linhas e colunas para cada fator ambiental.

Note - Valor calculado pela operação algébrica de influências diretas e indiretas, valor final.

variáveis a curto e médio prazo, permitam a adequação do planejamento estratégico. Os fatores de maior influência em uma situação desejada, deverão ser adotados em suas variáveis em um planejamento estratégico de médio e longo prazo. A existência de um cenário normativo não impede que estes fatores, uma vez estudados através de variáveis, indicadores e índices, mostrando tendências e possibilidades de rupturas, permitam a análise prospectiva com montagem de cenários, dando à organização um leque de possibilidade para melhor adaptar suas decisões e corrigir estratégias em um contexto dinâmico e flexível.

5.1.3 - Análise dos Fatores de maior Relevância

Em direção ao objetivo geral deste trabalho, que é identificar FAR para a implementação das políticas de saúde e educação, pelos HUs, no estudo de caso do HUSM, têm-se duas listagens de FAR (Quadros 7 e 8): uma correspondendo ao processamento de dados da matriz - o que é - e outra resultante da matriz - o que deveria ser.

Considera-se que para mudar uma situação, primeiramente, deve-se conhecê-la, o que supõe conhecer os fatores de influência na conformação situacional (onde estamos). Segundo, deve-se saber qual é a situação desejada (para onde vamos), para onde as tendências nos levam e para onde queremos ir, e terceiro, identificar o trajeto que deverá nos levar de uma a outra com a avaliação do quanto poderemos forjar o nosso caminho. Ora, o trabalho considera que: existe uma situação que deve ser mudada e, por isso, identifica fatores relevantes neste estado de coisas - o que é; tem-se uma situação desejada - o que deve ser (SPT-2000). Portanto, buscam-se informações que se iniciam na identificação de FAR, devendo subsidiar as ações (tomadas de decisões, planejamento estratégico) da gerência hospitalar na implementação das políticas que determinarão a trajetória, a estratégia para esta mudança.

Na segunda situação, tem-se uma listagem de fatores com

diferentes relevâncias em relação à primeira, o que decorre da implicação de uma situação futura desejada, em que a dinâmica e interveniência dos fatores se alteram na visão prospectiva, percebida pelo grupo interdisciplinar.

Essas informações norteiam uma orientação que deve ser flexível aos olhos argutos e experientes dos gerentes que consideram uma análise ambiental mais científica.

Para uma atuação a curto e médio prazo, devemos considerar a situação atual, pois temos que identificar quais os fatores ambientais que estão influenciando para esta situação, e neles atuar de forma a ir-se em direção a uma situação desejada, daí a razão da matriz que se denominou o que é. Para a atuação a médio e longo prazo, já se tem que considerar mudanças nas inter-relações dependentes e forças de influências de fatores ambientais (cenário normativo), e desta visão prospectiva resultou a matriz que se denomina o que deveria ser.

A - O QUE É

Da hierarquização dos FAR, segundo suas influências no sistema, segundo a matriz, o que é (Quadro 7), destacamos os dez fatores ambientais de maior influência no sistema organizacional hospitalar para a análise, quais sejam, na ordem:

- 1º s27 - SALÁRIO DA POPULAÇÃO MAIS CARENTE (ext.) (Lc, Fd)
- 2º p04 - REGIME DE GOVERNO (ext.) (Fd, Lc)
- 3º s29 - CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO (ext.) (Lc, Fd)
- 4º s30 - EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO PARA A SAÚDE (ext.) (Lc)
- 5º a46 - GERENCIAMENTO DO HU (int.) (Lc)
- 6º a50 - PREPARO DOCENTE (int.) (Lc)
- 7º a47 - PREPARO DO FUNCIONÁRIO (int.) (Lc)
- 8º s25 - NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO (ext.) (Lc)

9º c32 - ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO (ext.) (Lc)

10º p03 - POLÍTICA DE PESSOAL (ext.) (Fd.)

Identificando os dez fatores de maior relevância, em relação ao ambiente interno (int.) e externo (ext.) da organização hospitalar, observa-se que sete dos dez são fatores externos de forte influência no sistema organizacional, quando da implementação das políticas. Os fatores Salário da População mais Carente, Condições de Saneamento Básico, Educação da População para a Saúde, Nível de Saúde da População e Escolaridade, certamente, dão o perfil da população alvo das políticas, constituem o perfil da demanda, pacientes e alunos. Conhecimento este fundamental para a adequação do planejamento estratégico para a ação. Evidencia-se a inter-relação dos fatores, do poder aquisitivo dos Salários da População mais Carente (1ª mais relevante), das Condições de Saneamento Básico (3º) com o Nível de Saúde da População (Taxas de morbi-mortalidade). Assim, também a Escolaridade da População (9º) e a Educação da População para com os cuidados com a saúde (4º) poderão abalizar o nível de informações e possibilidades ou tendências, que, indiretamente, também refletirão no Nível de Saúde da População.

"A saúde de uma população é o resultado do conjunto de condições em que esta população vive, bem como das condições de trabalho e salário. As condições gerais de vida precisam, no entanto, ser compreendidas, em duas dimensões distintas: a) as condições propiciadas pelo padrão e volume de bens de consumo coletivo oferecido pelo Estado e b) as condições que incidem sobre o consumo individualizado, o que é obtido pelo salário."¹⁰

Os fatores, Regime de Governo com atuação através dos Ministérios e Secretarias de Saúde e Educação em nível estadual e municipal e suas prioridades, e Política de Pessoal que delinea o perfil do funcionário público, quando estabelecem leis que definem formação, remuneração e ascensão de cargos são mostrados como de grande relevância no desempenho do HU. Estes dois fatores mostram a atuação do Estado, intervindo de forma relevante

¹⁰ Programa Docente-Assistencial da AIS da UFRJ. (Mimeo). p.21.

nas questões sociais de saúde e educação através da instituição do HU. São os dois fatores do ambiente externo que estão na dependência de instâncias distantes da organização (Fd).

Os fatores do ambiente interno hospitalar aparecem em número de três, dentre os dez de maior relevância: o gerenciamento do HUSM (5º) com as habilitações necessárias para esta função, o Preparo Docente (6º) para as funções que assume no complexo organizacional do HU e o Preparo do Funcionário (7º), que, fazendo um concurso público para a Universidade, é destacado para atuar no HU.

Esses três fatores dão a dimensão da relevância dos recursos humanos dentro da organização, a importância quanto à sua adequação para as funções assumidas em nível técnico e administrativo, atingindo os três níveis de direção: operacional, intermediário e superior.

Esse conjunto de fatores estabelece três grupos distintos, a saber:

- grupo de variáveis que se referem ao conhecimento da população local e regional onde a organização atua, ao perfil saúde-doença e suas causas, de aspecto econômico-sócio-cultural;
- grupo de variáveis que se referem ao Estado, de âmbito federal, estadual e municipal, no que tange ao grau em que estes níveis de governo interferem, implementando ou não as políticas de saúde e educação na integração destes com os órgãos formadores de recursos humanos para a saúde, de aspecto político-administrativo;
- grupo de variáveis de âmbito organizacional, propriamente dito, de aspecto administrativo e cultural interno (Quadro 9).

Todos esses fatores podem ser estudados a partir da identificação de suas variáveis. As variáveis identificadas e coletados dados que as tornam conhecidas, darão condições de avaliação e acompanhamento da situação e a evolução dos FAR para a atuação adequada da organização. Portanto, definidas as variáveis

QUADRO 9 - Grupos e aspectos identificados nos fatores ambientais relevantes na situação atual - o que é.

FATORES AMBIENTAIS RELEVANTES	ASPECTOS	GRUPOS
Salário da População Carente Condições de Saneamento Básico Educação da População para a Saúde Nível de Saúde da População Escolaridade da População	Sócio-econômico-cultural	População local e regional
Regime de Governo e prioridades Política de Pessoal	Político-administrativo	Estado (Federal, Estadual e Municipal)
Gerenciamento do HUSM Preparo Docente Preparo do Funcionário	Administrativo-cultural	Organização (HUSM)

veis, devem ser estabelecidos os mecanismos de coleta de dados e a dinâmica de alimentação contínua do Sistema. Tendo-se a seleção dos fatores, pode-se definir a extensão dos dados e das fontes, podendo analisá-los criticamente para a consideração da Monitoria Ambiental. Na monitoria, a pesquisa de dados é sistemática com montagem e alimentação de um Sistema de Informações Relevantes (SIR), constituindo um rudimentar "aparelho sensorial", em analogia com o sistema biológico, que informe a tempo, para ações mais adequadas na implementação das políticas.

Os métodos, os instrumentos de coleta de dados devem estender-se, possuir "sensores": dentro da organização, para acompanhamento dos fatores internos; fora da organização, junto à população local e regional, alvo das políticas; no aparelho do Estado, de onde emanam as políticas, as normas e o orçamento público resultantes da relação Estado-Sociedade.

Conhecendo-se o grau de influência dos FAR no sistema, pode-se ainda avaliar o grau de interferência que a organização hospitalar poderá ter sobre cada fator. Desta consideração resultam dois grupos de fatores: os fatores nos quais pode-se interferir de alguma forma e os fatores que, embora influentes no sistema, não se têm possibilidades de interferência (Quadro 10). Dificilmente o HU teria uma ação que pudesse interferir no Salário da População Carente, assim como no Regime de Governo, nas Condições de Saneamento Básico, na Política de Pessoal, na Escolaridade da População, ao passo que poderá interferir, em certo grau, na Educação da População para a Saúde, no Nível de Saúde da População local e regional. Tanto que entre os objetivos regimentais do HUSM, constam:

- constituir-se em centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde das comunidades local e regional;
- desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, devidamente integrados à rede regional de saúde;
- oportunizar Educação para Saúde, exercida junto aos pacientes e comunidade.

Mesmo sem possibilidades de influir ou muito pouco influenciando em alguns fatores, esses devem estar bem conhecidos e acompanhados, na sua dinâmica evolutiva, pela organização HU, porque eles exercem uma forte influência no sistema.

Os FAR do ambiente interno organizacional, como o modelo gerencial e o preparo dos recursos humanos (docentes e funcionários) para as tarefas desempenhadas em uma organização hospitalar universitária, embora com reflexos da conjuntura do ambiente externo (macroambiente e ambiente operacional) estão à mercê da interferência dos atores gerenciais da comunidade interna da instituição hospitalar. Estes fatores estão ao alcance de um alto grau de interferência, desde que seja reconhecida a necessidade e a trajetória crítica para satisfazê-la. A ação estratégica dependerá dos recursos disponíveis, da aspiração da comunidade hospitalar, da vontade política de seus gerentes, as-

QUADRO 10 - Classificação dos FAR para o HUSM com influência no sistema, quanto as possibilidades da instituição hospitalar interferir em mudanças.

NÃO INTERFERE	PODE INTERFERIR
Salário População Carente	Educação População para Saúde
Regime de Governo	Nível de Saúde da População
Condições de Saneam. Básico	Gerenciamento do HUSM
Política de Pessoal	Preparo do Docente
Escolaridade da População	Preparo do Funcionário

sim como da capacidade institucional.

A inter-relação dos FAR do ambiente interno com os FAR dos ambientes operacional e macroambiente é uma constante. Mesmo que não se evidencie uma abordagem direta sobre eles, o fato deles possuírem uma influência relevante no sistema organizacional é o suficiente para serem: investigados, monitorados, projetados e avaliados. Esse entendimento, assim como a sua importância devem estar claros entre os recursos humanos da organização, pois as ligações entre a análise ambiental e a formulação estratégica não se desenvolvem automaticamente, precisam ser desenvolvidas em vários níveis, bem como em vários tempos.

As possibilidades de estudo e acompanhamento destes FAR são fortificadas na constatação que entre os dez fatores, oito estão dependentes de decisões de âmbito local e regional, próximo à organização.

B - O QUE DEVERIA SER

A hierarquização dos FAR, na configuração de uma situação desejada, mostra fatores que são mais relevantes em um estágio mais avançado da evolução estratégica para o futuro desejado

(cenário normativo - STP - 2000) a médio e longo prazo. Os dez fatores de maior relevância nesta situação desejada são, pela ordem:

- 1º p04 - REGIME DE GOVERNO (ext.) (Fd)
- 2º c41 - VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO DE USO POPULAR (ext.) (Lc, Fd)
- 3º s27 - SALÁRIO DA POPULAÇÃO MAIS CARENTE (ext.) (Lc, Fd)
- 4º s29 - CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO (ext.) (Lc, Fd)
- 5º p01 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE (ext.) (Fd)
- 6º c32 - ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO (ext.) (Lc)
- 7º s25 - NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO (ext.) (Lc)
- 8º s26 - RELAÇÃO PEA/POPULAÇÃO DEPENDENTE (ext.) (Lc)
- 9º s28 - DEMOGRAFIA (ext.) (Lc)
- 10º a50 - PREPARO DOCENTE (int.) (Lc)

Considerando este grupo de FAR em relação ao ambiente interno e externo da organização, observa-se que apenas um está na ambiência interna - o Preparo Docente (10º) - os demais estão fora da instituição. Pode-se dizer que neste resultado da percepção normativa de futuro (SPT - 2000), evidencia-se a tendência e a necessidade da organização de projetar-se para fora, ou seja, de ter maior domínio, mais conhecimento das variáveis de fatores externos ambientais de significância para sua atuação, tomadas de decisão e implementação das políticas. Observa-se que dos nove fatores ambientais externos, sete estão situados próximo da organização.

Colocando-se estes FAR na situação do que deveria ser frente ao grupo da situação do que é (Quadro 11), pode-se observar que quatro FAR cederam lugar para outros fatores, e os seis que permaneceram alteraram a sua posição hierárquica. Assim vemos o Regime de Governo se colocar em primeiro lugar em relevância, como fator de maior influência no sistema, e surgir o FAR Política Nacional de Saúde, que mostra a força da influência no Estado no Sistema. Pertinente, uma vez que temos uma po-

QUADRO 11 - Confronto dos Fatores Ambientais Relevantes, levantados na percepção da situação atual - o que é - e da situação desejada - o que deveria ser.

O QUE É	O QUE DEVERIA SER
1º Salário da População Carente	1º Regime de Governo
2º Regime de Governo	<input type="checkbox"/> 2º Veículos de Comunicação de uso Popular
3º Condições de Saneamento Básico	3º Salário da População Carente
<input checked="" type="radio"/> 4º Educação da População para a saúde	4º Condições de Saneamento Básico
<input checked="" type="radio"/> 5º Gerenciamento do HUSM	<input type="checkbox"/> 5º Política nacional de Saúde
6º Preparo Docente	6º Escolaridade da População
<input checked="" type="radio"/> 7º Preparo deo Funcionário	7º Nível da Saúde da População
8º Nível da saúde da População	<input type="checkbox"/> 8º Relação PEA/População Dependente
9º Escolaridade da População	<input type="checkbox"/> 9º Demografia
<input checked="" type="radio"/> 10º Política de Pessoal	10º Preparo Docente



- Fatores que cederam lugar na mudança de situação.



- Fatores que surgem como relevantes na mudança de situação.

lítica constitucional que reza a saúde e a educação "como direito do cidadão é dever do Estado."

O Salário da População mais Carente aparece em 3º lugar, antes em 1º; as condições de Saneamento de 3º lugar passaram para 4º; a Preparação Docente de 6º passou para o 10º lugar. Em contraposição, a Escolaridade da População de 9º lugar passou para 6º, e o Nível de Saúde de 8º passou para 7º lugar. E surgem novos FAR, Relação PEA/População Dependente, com vista à população inativa por enfermidades e deficiências, e a Demografia. A abrangência destes fatores demonstram que o conhecimento da população e seu potencial de demanda são de grande relevância pa-

ra o sistema organizacional hospitalar.

Em uma situação desejada, perdem relevância, aparentemente, os fatores: Educação da População para a Saúde, o Gerenciamento do HU, o Preparo do Funcionário e a Política de Pessoal. A Política de Pessoal vem logo a seguir, em 11º lugar, quando estava no 10º lugar na listagem atual. Supõe-se que estes fatores perderam posições não por perderem relevância, mas por duas razões:

- outros fatores ganharam maior relevância na inter-relação dinâmica de uma situação futura desejada;
- por terem sido interferidos em um plano de ação anterior, a curto e médio prazo, em um planejamento estratégico que lhe conduz a evolução em direção ao futuro desejado.

Na situação desejada, aparece o Estado como fator de maior relevância nas relações de poder de um regime de governo com suas prioridades, e com uma Política Nacional de Saúde orientando o comportamento das instituições de saúde em todos os níveis, de aspecto político. A população aparece ainda focalizada nos FAR com o Salário da População mais Carente, Condições de Saneamento Básico, Níveis de Saúde, Relação PEA/População Dependente e a Demografia, de aspecto sócio-econômico-cultural.

Neste grupo de FAR, aparecem dois aspectos culturais que constituem instrumentos nas relações Estado-Sociedade, intra-organizacional, inter-organizacional e a população, que são os Veículos de Comunicação de uso Popular e a Escolaridade da População (Quadro 12). Esses fatores mostram a importância dos meios de comunicação e da Escola como instrumento de mudança, através da veiculação de conhecimentos. Neles está implícito o grau de informação, de conscientização e das possibilidades de melhor preparo para a participação democrática e para a organização da comunidade (associações, sindicatos, partidos políticos e outros). Na concepção de que são instrumentos mas também produtos (Schraider), esses fatores devem ser conhecidos pela organização nas suas variáveis e tendências e, no estudo de prospecção, dar uma melhor visão na estratégia de projetar-se no

QUADRO 12 - Grupos e aspectos identificados nos Fatores Ambientais Relevantes na situação - o que deveria ser.

FATORES AMBIENTAIS RELEVANTES	ASPECTOS	GRUPOS
Regime de Governo e prioridades Política Nacional de Saúde	Político	Estado
Salário da População Carente Condições de Saneamento Básico Níveis da Saúde da População Relação PEA/População Dependente Demografia	Sócio-econômico	Estado População
Veículos de Comunicação de uso popular Escolaridade da População	Cultural	Estado População Organização
Preparo Docente	Administrativo	Organização

seu ambiente e com ele melhor integrar-se.

No âmbito organizacional interno, de aspecto administrativo, aparece ainda o Preparo Docente como fator relevante, pertinente na medida em que o docente no HU assume posições técnicas assistenciais de docência, de pesquisa e, principalmente, gerenciais em chefias de serviços, coordenações de áreas, direções Clínica e Geral no caso do HUSM, revezando-se a cada mandato. Evidente se torna a necessidade de manter-se a dinâmica do planejamento estratégico a curto, médio e a longo prazo, o que requer que estes recursos humanos estejam atrelados a um programa contínuo de preparação para as tarefas que assumem; programas que garantam por sua vez a continuidade crítica, dinâmica e flexível de um planejamento a longo prazo, em direção aos objetivos propostos, emanados das políticas vigentes.

Surgem novos FAR que ampliam a abrangência do conhecimen-

to da demanda pela organização implementadora das políticas. É o conhecimento da relação da População Economicamente Ativa e a População Dependente com vista aos inativos por doença e deficiências, e a dinâmica demográfica local e regional.

Na prospecção evolutiva, pode-se inferir que o meio ambiente, sendo cada vez mais relevante para a fundamentação e manutenção da organização, a tendência desta é superar as dificuldades internas rotineiras e lançar-se para as cada vez menos rotineiras e, cada vez mais, reflexos de fatores ambientais externos. Esta condição faz com que a organização se projete para o meio externo, flexível às mudanças que ocorrem neste, em ritmo cada vez mais veloz.

5.2 - Percepção de Fatores Ambientais pela Gerência (FAG)

Os HUs têm em comum a sua origem, o seu objetivo primeiro, que foi o de atender à necessidade da Escola Médica de proporcionar treinamento médico aos seus discentes, e fatores dependentes das políticas emanadas dos Ministérios de Educação - quadro de Pessoal e da Previdência - compra de serviços. Também têm problemas comuns, como a dificuldade de lançar-se de forma ampla à assistência no processo docente-assistencial e inserir-se no SUS. Mas possui, sem dúvida, particularidades, principalmente, no seu aspecto administrativo de estruturação e gerência, que se refletem nos diferentes desempenhos dos mesmos.

A percepção dos gerentes do HUSM denota aspectos especiais da instituição e de seu ambiente que poderão diferir, em parte, de outros HUs, assim como apresentar visões comuns pelas razões acima.

5.2.1 - Depoimento do Grupo Gerencial do HUSM

Foram feitas entrevistas individuais com 27 pessoas que

ocupam cargos gerenciais nos níveis superior e intermediário no HUSM, a saber: nove (9) pessoas do CONAD (Conselho Administrativo do HUSM), do qual fazem parte os membros da DIREX (Direção Executiva, formada pelas Direções Geral, Clínica, Administrativa, de Enfermagem e de Ensino e Pesquisa); seis (6) coordenadores da área médica; oito (8) coordenadores da área administrativa e cinco (5) coordenadores da área de enfermagem, perfazendo quase a totalidade (90%) do grupo gerencial dos níveis superior e intermediário do HUSM.

As entrevistas foram marcadas em contato prévio com os entrevistados e constaram de dois momentos; o primeiro constou de uma sucinta exposição dos objetivos do presente trabalho, suas premissas, embasamento teórico e a listagem de fatores ambientais já levantados pelo grupo interdisciplinar. No segundo momento, com vista ao exposto e principalmente, à vivência gerencial do entrevistado, solicitava-se que falasse da sua percepção dos fatores ambientais considerados relevantes na implementação das políticas institucionais, evidenciados na prática.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente reproduzidas, de onde foi extraída e agrupada uma listagem de 48 fatores ambientais, citada e definida pelos entrevistados, sendo que buscou-se dar uma hierarquia de relevância segundo o número de citações, ou seja, a frequência com que os fatores foram citados.

Quase a totalidade dos entrevistados se reportaram mais às dificuldades, e menos às facilidades, possivelmente por serem mais evidenciadas e, principalmente, melhor conhecidas no final de gestão (gestão 1986/1989). Mas todos afirmaram reconhecer pontos positivos da instituição, como contar com um grupo de profissionais, em todos os níveis, de alta competência e responsabilidade, disporem de maior apoio administrativo e financeiro através dos Programas PNADHU (Programa Nacional de Apoio do Desenvolvimento dos Hospitais Universitários), IVA (Índice de Valorização do Desempenho Hospitalar), IAV (Índice Adicional de Valorização), nos dois últimos anos, e do esforço do grupo para melhorar o desempenho global.

5.2.2 - Fatores Ambientais Percebidos

À medida que as entrevistas foram sendo reproduzidas, foram-se identificando, listando e agrupando por semelhança os fatores ambientais nomeados como relevantes do desempenho do HUSM, assim como anotando descrições e comentários. Os fatores identificados foram hierarquizados em razão de frequência com que foram citados (Quadro 13).

A seguir, faz-se a descrição de cada um dos fatores identificados nas entrevistas com o grupo gerencial do HUSM, incluindo alguns comentários, na ordem de relevância (frequência).

1 - POLÍTICA DE PESSOAL

Política que rege o serviço público quanto à sua formação, remuneração, ascensão de cargo e estabilidade no emprego, que dificulta, em muitos casos, o exercício da autoridade, favorecendo aos serviços relapsos e "espertos". A definição detalhada de funções para cada cargo e nível dificulta o remanejamento do pessoal. A reclassificação de pessoal, por exemplo, fez com que o setor de serviços gerais do HUSM ficasse praticamente sem funcionários.

2 - O EXEMPLO

Os funcionários do HUSM se reportam aos demais funcionários da UFSM que não estão submetidos a cartão-ponto, escalas de fins-de-semanas, feriados e férias, e sujeitos à insalubridade; os docentes se reportam aos demais docentes da UFSM que só fazem ensino, sem obrigações de assistência fora desta tarefa, e se reportam aos médicos contratados para fazer assistência no HUSM, que, no seu ingresso, já dispõem de um salário superior ao

QUADRO 13 - Hierarquização de Fatores Relevantes para a atuação do HUSM, na percepção do seu quadro gerencial.

GRUPO	FATORES	Frequência	
		Nº	%
1º	1 - Política de Pessoal	11	40,74
2º	2 - O exemplo	10	37,00
3º	3 - Contra-normas	9	33,84
4º	4 - Falta de Habilitação Gerencial	8	29,62
	5 - Desmotivação		
	6 - Despreparo do Funcionário do HUSM		
	7 - Falta de Comunicação		
5º	8 - Individualismo	7	25,92
	9 - Falta de Autoridade		
	10 - Burocracia		
	11 - Regime de Governo		
6º	12 - Afastamentos	6	22,22
	13 - Relações Humanas		
7º	14 - Status Econômico	5	18,51
	15 - Capacitação Técnica		
	16 - Paciente/Relevância		
	17 - Recursos Materiais e Tecnológicos		
	18 - Valores		
	19 - Relações Reitoria/HUSM		
8º	20 - Centralização Gerencial	4	14,81
	21 - Domínio Médico/Docente		
	22 - Formação Humanística		
	23 - Desconhecimento das Políticas		
9º	24 - Distanciamento da Realidade	3	11,11
	25 - Greves		
	26 - Despreparo do Discente/HUSM		
	27 - Ruídos no HUSM		
	28 - Resistência a Mudança		
	29 - Desarticulação Ensino/Assistência		
10º	30 - Cobrança	2	7,40
	31 - INAMPS/Centralização		
	32 - Queixume Crônico		
	33 - Sobre-Posição de Comandos		
	34 - Consultório Particular		
	35 - Má Distribuição da Área Física		
	36 - Ênfase nos direitos		
	37 - Planejamento		
11º	38 - Papel do CCS	1	3,70
	39 - Reuniões		
	40 - Regimento do HUSM		
	41 - Linhas de Pesquisa		
	42 - Organização Hospitalar		
		

de um professor-adjunto, por exemplo. No âmbito gerencial, todos se reportam a seus chefes, coordenadores, etc., e ao próprio Governo, no cumprimento de seus deveres, cumprimento de horários, execução de programas, controle de qualidade - achando-se descomprometidos a semelhança desses. Na onda de "levar vantagens" e na saudável abertura democrática, encontram-se no afã de enfatizar os seus direitos.

3 - CONTRA-NORMAS

Práticas desviantes das normas e leis institucionais que em princípio foram aceitas. As contestações não explicitadas se traduzem na prática. Quando explicitadas, denotam interesses pessoais de grupos e/ou por caracterizarem, segundo alguns, decisões de gabinete, comprometidas com interesses alheios que não condizem com as necessidades reais.

4 - FALTA DE HABILITAÇÃO GERENCIAL

Despreparo das pessoas para assumirem gerência em todos os níveis da instituição (operacional, intermediária e superior), mais evidenciada agora com a abertura maior para a participação - democratização com contribuições e contestações por parte da comunidade hospitalar. Fator que contribui para a escassez e desmotivação das pessoas para assumirem chefias, e, quando assumem, na hora da cobrança, "de engrossar", a tendência é recuar ou "saltar fora".

5 - DESMOTIVAÇÃO

A desmotivação gerada pela insatisfação com o que está

posto, desinteresse dos recursos humanos de um modo geral - funcionários, discentes, docentes e assistenciais - para trabalhar e integrar-se.

6 - DESPREPARO DO FUNCIONÁRIO

Os funcionários do HUSM entram por concurso público prestado para a UFSM, não sendo selecionados em nenhum momento ou preparados para o trabalho no hospital, que requer condições físicas e psicológicas adequadas, voltadas para o atendimento de pessoas doentes que necessitam de um ambiente propício, o qual está na dependência do desempenho conjunto de profissionais que lá trabalham.

7 - FALTA DE COMUNICAÇÃO

Dentro de uma organização complexa como o HU, a comunicação tem-se mostrado deficitária entre os vários grupos de trabalho e, quando ocorrem ordens operacionais de mudança, falta o devido esclarecimento do objetivo das mesmas para melhor compreensão e conseqüente adesão e efetivação. Faltam reuniões interdisciplinares, intersetoriais para esclarecimento e entrosamento.

8 - INDIVIDUALISMO

As pessoas estão imbuídas de suas coisas, não dispõem de tempo, e mostram-se desinteressadas para dar atenção ao que está sendo dito, para aprender a mensagem que está sendo transmitida. "A coisa está tão desacreditada que nem se lêem com atenção os cartazes". A situação nacional, em especial a economia,

com uma inflação galopante* que desvaloriza a nossa moeda a cada dia, torna as pessoas angustiadas e voltadas a "salvar o seu".

9 - FALTA DE AUTORIDADE

Falta de autoridade em todos os níveis, por omissão das chefias que não têm amparo nas leis para muitas decisões e também não querem se incompatibilizar com seus colegas. O chefe despreparado para sua função dispende grande esforço para resultados que sempre ficam aquém de sua expectativa, chegando ao final do mandato desiludido, exaurido de entusiasmo e credibilidade, e o seu exemplo gera o desestímulo das pessoas para assumirem chefias.

10 - BUROCRACIA

As tramitações prolongadas e truncadas de um sistema centralizador nos órgãos federais dificultam a agilidade necessária nas operações hospitalares para a eficiência e eficácia da assistência médica prestada. Muitos papéis são preenchidos, inúmeros dados são recolhidos "para nada", não são usados, desestimulando aqueles que os fornecem.

11 - REGIME DE GOVERNO

Fatores de poder do Regime de Governo, forças de mobilização e prioridades, Política Nacional de Saúde e Reforma Sanitária constam no papel e no discurso, faltando a decisão política

* As entrevistas foram feitas nos meses de setembro e outubro de 1989.

para a prática, embora observe-se uma progressão do processo, na evidência de maiores discussões em torno das mudanças necessárias e no ensaio de práticas periféricas. Na verdade, exige-se um tempo, tanto quanto o levado para construir o modelo da prática vigente.

12 - AFASTAMENTOS

Ocorre grande número de afastamento por atestados médicos, ligados a uma facilitação da Perícia Médica, além dos afastamentos por licença-prêmio e gestação.

13 - RELAÇÕES HUMANAS

As relações são percebidas como demasiadamente técnicas, voltadas para a tarefa. O HU não possui área de lazer e descanso para os funcionários que ficam 8 horas contínuas no hospital; não há promoções sócio-culturais na comunidade hospitalar, confraternizações; não é hábito elogiarem-se (reconhecer) os serviços, os setores e as pessoas que se destacam em suas atividades, salienta-se sempre mais o erro e a falta, ao invés do acerto.

14 - STATUS ECONÔMICO

A busca do status econômico pelo profissional médico, inserido em um contexto sócio-cultural no qual a boa posição econômica representa sucesso e respeitabilidade profissional, obrigam-no a buscar outro emprego além do consultório particular, "bicos", o que faz com que tenha que se deslocar de um lugar para outro, o que significa estar sempre com pressa e com muito

pouco tempo.

15 - CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Os recursos humanos nem sempre são adequados quanto a habilitações para as funções que devem exercer: concursos genéricos para funções específicas: médicos contratados mediante aprovação em concurso para médicos simplesmente, que sendo locados no Pronto Atendimento ou na Unidade de Tratamento intensivo, apresentam dificuldades em executar as tarefas médicas que lhe são colocadas.

16 - RELEVÂNCIA DO PACIENTE

O paciente não é a pessoa mais importante dentro do HU. Ele carece de informações e até de trato humano adequado em algumas ocasiões, assim como as pessoas acompanhantes ou as que chegam ao hospital à busca de algum tipo de serviço.

17 - RECURSOS MATERIAIS E TECNOLÓGICOS

Falta de recursos materiais e tecnológicos contribuem para que a produção não seja maior. "... até hoje, ninguém se queixou de trabalhar demais, ao contrário, muitas vezes querem desenvolver um trabalho e não tem material, não tem instrumento."

18 - VALORES

Persistem valores de uma conjuntura paternalista, perma-

nece a expectativa do surgimento de alguém que decida por todos e para o melhor: a produção científica é para quem quiser fazer, não é obrigação institucional; desconhecem-se os jogos políticos (politiqueiros) que mobilizam a sociedade e permeiam a instituição; não se faz política universitária com o uso das forças políticas partidárias para o alcance dos objetivos institucionais, ao invés, a universidade, como o Hospital, prestam-se de campo de uso e manobras de partidos políticos; eleições universitárias com nuances de facções ideológicas, objetivos corporativos e pessoais que redundam em administração de privilégios às amizades, a grupos de composição política ideológica.

19 - RELAÇÃO REITORIA/HU

O HU é considerado pela Reitoria, devido à sua complexidade, um grande problema de difícil solução. A postura mais cômoda tem sido o desinteresse. O HU, na verdade, não é devidamente conhecido na universidade para a melhor compreensão da sua importância no contexto geral.

20 - CENTRALIZAÇÃO GERENCIAL

Enclausuramento da Direção, em parte não por estilo próprio, mas decorrente da falta de autoridade sobre docentes e discentes que estão atrelados aos departamentos didáticos, desconhecendo, de certa forma, as autoridades dentro do HUSM; também porque cargos assumidos por interesses pessoais não têm comprometimento com os resultados organizacionais.

21 - DOMÍNIO MÉDICO/DOCENTE

Num hospital-ensino, os médicos-docentes constituem uma

força de dominação. Por uma questão de disponibilidade de tempo (comprometimento docente e outros) integram-se pouco com os demais profissionais da equipe de saúde, que carecem desta integração e, diante desta dificuldade, acomodam-se e desmotivam-se. O médico é visto como elitista e autoritário, com uma formação marcadamente técnica, apresentando, algumas vezes, deficiências no relacionamento com pacientes e funcionários. Conseqüentemente, falta integração na equipe de atendimento ao paciente, falta o reconhecimento da relevância de desempenho de cada participante da equipe assistencial. Administra-se a "pressa do médico" e não o bom funcionamento e a integração da equipe para o adequado atendimento do paciente.

22 - FORMAÇÃO HUMANÍSTICA

A formação profissional tem sido enfocada somente no aspecto técnico e, compartimentalizada, deixa uma lacuna quanto à formação humanística, ética e política, faltando a visão do homem como um todo, e este dentro de um contexto sócio-econômico-político-cultural.

23 - DESCONHECIMENTO DAS POLÍTICAS

Desconhecimento da comunidade hospitalar, nos vários níveis operacionais, das políticas de saúde vigentes e suas comissões (CIS, CRIS, CIMS) como órgãos deliberativos, e dos mecanismos de referência nos quais o HU deve estar inserido.

24 - DISTANCIAMENTO DA REALIDADE

O HU não está devidamente integrado ao meio no qual está

inserido, na realidade em que atua - com atendimento assistencial e formação de profissionais da saúde.

25 - GREVES

As greves freqüentes de servidores e docentes têm suspenso o atendimento dos ambulatorios de onde provém a maior receita do HU, causando déficit e dificuldades orçamentárias.

26 - DESPREPARO DISCENTE/HU

O aluno que chega ao HU no 5º semestre do Curso de Medicina, vindo das disciplinas básicas, ainda distanciadas da prática das disciplinas profissionalizantes, não recebe nenhum preparo para integrar-se ao HU (áreas, funções, cuidados, posturas). Vê-se diante de vários modelos profissionais médico-docentes, ficando um tanto "solto", à busca de identidade. Frequentemente, liga-se a um professor e segue seus passos.

27 - RUÍDOS NO HU

Percebem-se ruídos excessivos no HU, embora seja um local de recuperação de pessoas com problemas de saúde. O fato de ser um hospital-ensino está sujeito ao aporte de um número grande de alunos que produzem conversas, algazarras, além dos já conhecidos ruídos dos aviões da base aérea, que se situa ao lado do Campus.

28 - RESISTÊNCIA À MUDANÇA

Constatam-se hábitos arraigados, que resistem à propostas de inovações, e receio de mudar o "status quo".

29 - DESARTICULAÇÃO ENSINO/ASSISTÊNCIA

Dissociação e desarticulação entre objetivos de ensino, assistência e políticas de saúde na prática vigente.

30 - COBRANÇA

Há pouca cobrança de tarefas dentro do HU, como também ocorre dentro da Universidade e do próprio governo em relação à Universidade. A Universidade é autônoma, mas deve apresentar, como todas as demais, um conjunto de programas dentro de sua linha filosófica de trabalho.

31 - INAMPS / CENTRALIZAÇÃO

O quase exclusivo comprador de serviços do HU é bastante centralizador, dificultando a municipalização e descentralização da implementação das políticas de saúde (SUS).

32 - QUEIXUME CRÔNICO

Todos se queixam e têm reclamações a fazer: o professor

está freqüentemente se queixando e transmite esse estado de lamentações ao grupo com o qual trabalha, no qual ocupa lugar destacado de professor e médico. Assim, o queixume se multiplica. Queixume que não inclui nenhuma crítica positiva ou auto-crítica e não se acompanha de ação efetiva para mudar.

33 - SOBREPOSIÇÃO DE COMANDOS

Mesma tarefa está sujeita a mais de um comando, gerando contra-posições, descrédito de autoridade e dificuldade para a cobrança.

34 - CONSULTÓRIO PARTICULAR

De um modo geral, estranha-se um docente-médico que não exerça sua profissão liberal em consultório, principalmente entre seus pares, como se tal condição fosse sinônimo de sucesso e respeitabilidade profissional.

35 - DISTRIBUIÇÃO DA ÁREA FÍSICA

Inadequação da área física de alguns setores do HU: laboratório, no que se refere ao espaço disponível; ambulatórios em relação à disposição de algumas salas.

36 - ÊNFASE NOS DIREITOS

A abertura democrática e certa euforia em rever direitos até há pouco sonegados determinam a ênfase nos direitos sem res-

saltar a importância dos deveres.

37 - PLANEJAMENTO

Carência de um planejamento a médio e longo prazo, com efetiva implementação, para o abandono dos planos da administração de somente "apagar fogo" para resolver problemas, o que consome todo o tempo.

38 - PAPEL DO CCS

No CCS, a sua direção junto aos coordenadores dos cursos de saúde e aos chefes dos departamentos didáticos (Conselho do CCS) constituem o órgão máximo legislativo ao Centro, que não possui nenhum trabalho efetivo de integração entre os cursos, no HU ou fora dele.

39 - REUNIÕES

Ocorrem muitas reuniões longas e exaustivas com resultados escassos e poucas decisões.

40 - REGIMENTO DO HU

O regimento interno do HU foi discutido e aprovado pelo Conselho do CCS por pessoas, muitas delas, que não freqüentam e não têm atividades no HU, o que identifica a inadequação do órgão para tal.

41 - LINHAS DE PESQUISA

Com um corpo docente-médico e outros profissionais da saúde gabaritados, o HU deveria definir linhas de pesquisa e estabelecer critérios para apoios, incentivos. As pesquisas que são realizadas devem ser melhor acompanhadas e divulgadas.

42 - ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE

A população ainda não está devidamente organizada para exercer sua força junto aos órgãos competentes da área da saúde para ajudar no fortalecimento e aprimoramento dos serviços prestados. Está ainda despreparada por carência de educação e senso crítico, evidenciada até na falta de cuidado com o próprio corpo.

43 - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A comunidade hospitalar, de um modo geral, não possui conhecimentos da importância de cada setor no seu todo e da interdependência destes. Das poucas pessoas que possuem Curso de Administração Hospitalar dentro do HU, raras transpõem para a prática os conhecimentos adquiridos.

44 - METODOLOGIA DE ENSINO

O método de ensino continua sendo o de "cópiação", o aluno copia tudo que o professor fala e estuda pelo caderno; o professor, por sua vez, não exige mais do que foi dado em aula, limitando o aprendizado de diversas formas.

45 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura organizacional impede que as pessoas que estão imbuídas de disposição para a mudança consigam fazer alguma coisa.

46 - COLEGIADOS

Os colegiados dos cursos da saúde são decorativos, improdutivos; os coordenadores que presidem os colegiados são omissores.

47 - QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Como em outras instituições públicas de atendimento médico, a qualidade da assistência no HU é limitada, muitas vezes, pelo tempo restrito dispensado a cada paciente.

48 - RESOLUTIVIDADE DA UNIDADE SANITÁRIA

À medida que as Unidades Sanitárias, como portas de entrada do SUS, não resolvem os casos primários, encaminhando os demais aos níveis secundários e terciários, o HU fica sujeito a uma demanda maior e não selecionada.

5.2.3 - Análise dos Fatores

Todos os fatores referenciados pelo grupo gerencial do

HUSM mantêm inter-relação e interdependência de uns, complementando e até reforçando os outros. Uns como causa; outros como efeito.

Os onze fatores mais citados são julgados quanto à instância de dependência de tomadas de decisões, locais (Lc) e federais (Fd), ou seja, próximo ou distante da instituição hospitalar, assim como a sua localização no ambiente externo ou interno.

- 1 - POLÍTICA DE PESSOAL (Fd) (ext.)
- 2 - O EXEMPLO (Fd,Lc) (ext., int.)
- 3 - CONTRA-NORMAS (Lc,Fd) (int., ext.)
- 4 - FALTA DE HABILITAÇÃO GERENCIAL (Lc) (int.)
- 5 - DESMOTIVAÇÃO (Lc) (int., ext.)
- 6 - DESPREPARO DO FUNCIONÁRIO DO HUSM (Lc) (int.)
- 7 - FALTA DE COMUNICAÇÃO (Lc) (int.)
- 8 - INDIVIDUALISMO (Lc) (int.)
- 9 - FALTA DE AUTORIDADE (Lc) (int., ext.)
- 10 - BUROCRACIA (Lc,Fd) (int., ext.)
- 11 - REGIME DE GOVERNO (Fd) (ext.)

Observa-se que apenas três fatores são dependentes de decisões e posições tomadas distantes da instituição: Política de Pessoal (1), O Exemplo (2) e o Regime de Governo (11). Estes mesmos fatores são os únicos situados no ambiente externo. Dos demais, oito fatores estão localizados no ambiente interno. Observa-se a ausência de fatores ambientais externos próximos à organização, de âmbito local e regional.

A Política de Pessoal foi o fator mais citado, 11 vezes - 40,74% dos entrevistados -, o que mostra ser um fator ambiental de grande relevância na percepção gerencial do HUSM, no desempenho organizacional na implementação das políticas. O Regime de Governo com suas prioridades e ações é citado 7 vezes, por 25,92% dos entrevistados, fator que está atrelado aos outros dois até como fator determinante, de grande força, uma vez ser causa e

os outros consequência, decorrência, efeito. O Exemplo é citado 10 vezes (37%) e evidencia o desencadeamento de posturas éticas, de cima para baixo, na estrutura do serviço público que permeia a instituição universidade e o hospital nela contido.

Os demais fatores aportam, insistentemente, para fatores que estão na dependência de tomadas de decisões no âmbito do HUSM, mas que estão inter-relacionados e dependentes em alguns casos de fatores externos. A Falta de Autoridade e o fator Habilitação Gerencial se fundem na identificação do despreparo dos RH que assumem gerência, fator da ambiência interna. Inter-relacionado com estes, um fator externo, as leis que amparam e dão estabilidade aos funcionários, dificultando o exercício da autoridade, quando se faz necessária uma dispensa ou a substituição ágil deste.

As dificuldades, por características das instituições públicas, e o despreparo das pessoas para a gerência refletem-se na notificação de outros fatores, tais como: Desmotivação (5), Despreparo do Funcionário para Trabalhar no HU (6) e Deficiência de Comunicação (7). Também é possível que a Desmotivação (5), o Individualismo (8), a Falta de Comunicação (7) e o caráter das Relações Humanas (13) sejam fatores determinantes, em parte, do grande número de Afastamentos (12).

A Burocracia (10), com a exigência da tramitação de resultados efetivos e imediatos exigidos em um hospital, traduzem uma perda de agilidade administrativa de solução de problemas com pouca racionalização organizacional. O HU, diante de suas necessidades, submete-se a uma centralização que foge do âmbito local, quando responde às exigências dos órgãos públicos aos quais está submetido - CCS, Reitoria e Ministérios de Educação e Previdência Social.

Distribuindo os fatores segundo sua caracterização mais forte do ponto de vista político, econômico, tecnológico, social, cultural e administrativo, assim como dentro dos sub-sistemas, Assistência, ensino, Pesquisa e Produção (Quadro 14), observa-se uma forte percepção do grupo gerencial do HUSM, de fatores do ponto de vista político e administrativo, voltados para o alcance de resultados, para a eficácia organizacional -

QUADRO 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES AMBIENTAIS PERCEBIDOS PELO GRUPO GERENCIAL DO HUSM, SEGUNDO OS SUB-SISTEMAS E PONTOS-DE-VISTAS.

PONTO DE SUB-SISTEMA VISTA	POLÍTICO	ECONÔMICO	TECNOLÓGICO	SOCIAL	CULTURAL	ADMINISTRATIVO
<u>ASSISTÊNCIA</u>	- CONTRA-NORMAS (Lc) - REGIME GOVERNO (Fd,Lc) - ORGANIZAÇÃO COMUNIDADE (Lc)	- INAMPS - CENTRALIZAÇÃO (Fd)	- REC. MAT. E TECNOLÓGICO. (Lc,Fd) - RESOLUT. UNIDADE SANITARIA (Lc)	- AFASTAMENTO (Lc)	- CONSULTÓRIO PARTICULAR (Lc)	- SOBREPOSIÇÃO DE COMANDO (Lc) - QUALIDADE DA ASS. MEDICA (Lc)
<u>ENSINO</u>	- DESCONHECIMENTO DAS POLITICAS (Lc)			- RELAÇÕES HUMANAS (Lc) - PACIENTE/RELEVANCIA (Lc) - RUÍDOS/HU (Lc)	- FORMAÇÃO HUMANÍSTICA (Lc) - QUEIXUME CRÔNICO (Lc)	- DESPREPARO DO DISC./HU (Lc) - METODOLOGIA DE ENSINO (Lc) - COLEGIADOS (Lc)
<u>PESQUISA</u>						- LINHAS DE PESQUISA (Lc)
<u>PRODUÇÃO</u>	- POLÍTICA PESSOAL (Fd) - DESPREPARO DO FUNC./HU (Lc) - AUTORIDADE (Lc,Fd) - GREVES (Lc,Fd) - ENFASE NOS DIREITOS (Lc,Fd) - PAPEL CCS (Lc) - REGIMENTO/HU (Lc)	- STATUS ECONÔMICO (Lc,Fd)	- CAPACITAÇÃO TÉCNICA. (Lc) - DOMÍNIO MÉD./DOCENTE (Lc)	- RESIST. A MUDANÇAS (Lc)	- O EXEMPLO (Fd,Lc) - INDIVIDUALISMO (Lc,Fd) - VALORES (Lc)	- HABILITAÇÃO GERENCIAL (Lc) - DESMOTIVAÇÃO (Lc,Fd) - COMUNICAÇÃO (Lc) - BUROCRACIA (Lc,Fd) - REL. REITORIA/HU (Lc) - CENTRALIZAÇÃO GERENC. (Lc) - DISTANT ² REALIDADE (Lc) - DESARTIC. ENS./ASSIST. (Lc) - COBRANÇA (Lc,Fd) - DIST. ÁREA FÍSICA (Lc) - PLANEJAMENTO (Lc) - REUNIOES (Lc) - ADM. HOSPITALAR (Lc) - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL (Lc,Fd)

sub-sistema Produção. Observa-se também, em outro extremo, a pouca percepção de fatores do sub-sistema Pesquisa, sendo que o único fator levantado, Linhas de Pesquisa (41), foi mencionado por apenas um entrevistado. Do ponto de vista Econômico, ocorrem dois fatores como fontes financeiras do HUSM: INAMPS e o Status Econômico, que mostra o médico-docente que produz o serviço de assistência preocupado com a busca de outras atividades remuneradas fora do HU, não dispondo de muito tempo para discussões acadêmicas e de interesse da organização hospitalar.

Os FAG apontam para variáveis mais detalhadas do ambiente interno da organização: Contra-Normas, Desmotivação, Habilitação Gerencial, Despreparo do funcionário, Comunicação Deficiente, Individualismo, Burocracia, Afastamento e outros.

O grupo gerencial do HUSM, através destes fatores FAG, mostra estar bastante voltado para dentro da organização. À medida que não levanta fatores relativos à realidade bio-psico-sócio-cultural de sua clientela, pacientes e alunos. A sua clientela da assistência, os pacientes no que se refere a demanda ideal, atual e reprimida;¹¹ a sua clientela do ensino, os alunos, no que se refere às características do meio de onde vêm e para onde devem voltar, não só para trabalhar para sua sobrevivência apenas, mas também para a mudança de uma realidade bio-sócio-cultural. Entre os FAG, quando aparece o fator Paciente/Relevância (16), este se refere à relevância do paciente dentro do hospital, e, quando aparece o fator Despreparo do Discente (26), refere-se ao seu comportamento dentro do Hospital. Não é evidenciada, em nenhum momento, a preocupação com a realidade de onde eles procedem e para onde deverão retornar. Isto demonstra que o grupo gerencial está envolvido com problemas internos, que lhe tomam o tempo disponível, não deixando espaço para projetar-se para o ambiente externo, incorrendo no mais vulnerável risco de nossa contemporaneidade que marca um aumento da complexidade interna organizacional com diminuição de sua sensibilidade ao

¹¹ MAGALHÃES, Roberto. Serviços auxiliares de diagnóstico: discussão sobre desempenho-demanda. Rev. Divulg. em Saúde em Debate, CEBES, Set. 1989, p.27.

ambiente externo que é cada vez mais célere em suas mudanças. Conseqüentemente, fica limitado para ver, com maior clareza, oportunidades e ameaças, tendo grande dificuldade em planejar, sendo empurrado por acontecimentos, por problemas, ou por imposições externas, de cima para baixo, oriundas das instâncias estruturais superiores - Centro de Ciências da Saúde, Reitoria, Ministérios.

A falta de Habilidade Gerencial citada e, portanto, reconhecida pelo próprio grupo gerencial, está na origem de outros fatores indicados como relevantes. O corpo de técnicos e funcionários, não possuindo uma referência de critérios de sanções e recompensas de aplicação vigente, constatando tratamento igual para desiguais, pouco controle de qualidade, não consegue se manter motivado no trabalho. Quem pode, refugia-se em outro trabalho fora da instituição: consultórios, escritórios e outros, onde tenham domínio de critérios e resultados e, conseqüentemente, maior satisfação. Surge assim mais um significado para o consultório do docente-médico além da busca pelo status econômico-social.

Junto à visão tecnicista do problema saúde que enfoca a eficiência técnico-administrativa (estrutura organizacional, preparo gerencial), evidencia-se o aspecto cultural (status econômico, consultório, individualismo). No plano de transformação para o que deveria ser, deve-se considerar, portanto, além dos aspectos técnicos, a transformação cultural no meio médico, administrativo, técnico, docente.¹²

5.3 - Confronto entre FAR e FAG

Colocam-se frente a frente os dois grupos de fatores ambientais de maior relevância, levantados por métodos e grupos de pessoas

¹² ROSSANDRA, Marina. Sistema de saúde e cultura para a saúde. Rev. Saúde em Debate, CEBES, Set. 1989, p.37.

distintas, na situação atual do HUSM (Quadro 15).

QUADRO 15 - Confronto dos fatores ambientais de maior relevância levantados por métodos e grupos distintos.

Método	
Análise Estrutural	Entrevistas
Grupo	
Interdisciplinar - FAR	Gerencial do HUSM - FAG
Salário da Pop. Carente (ext.)	Política de Pessoal (ext.)
Regime de Governo (ext.)	O Exemplo (int./ext.)
Condições de Saneam. Bás. (ext.)	Contra-Normas (int.)
Educ. da Pop. para Saúde (ext.)	Habilitação Gerencial (int.)
Gerência do HUSM (int.)	Desmotivação (int.)
Preparo do Docente (int.)	Preparo do Funcionário (int.)
Preparo do Funcionário (int.)	Falta de Comunicação (int.)
Nível de Saúde da Pop. (ext.)	Individualismo (int.)
Escolaridade da Pop. (ext.)	Falta de Autoridade (int.)
Política de Pessoal (ext.)	Burocracia (int./ext.)
Verbas Destinadas a Educ. (ext.)	Regime de Governo (ext.)

Entre os onze¹³ fatores de cada grupo, pode-se observar que quatro deles são comuns aos dois grupos, o que mostra certa coerência quando se trata de um mesmo sistema organizacional (HUSM e ambiente). Dois destes quatro são fatores externos à organização: Regime de Governo e Política de Pesosal. Os outros dois, Preparo do Funcionário e Habilitação Gerencial, sendo fatores internos, são conseqüentes, em parte, de uma estrutura externa, de concursos públicos para funcionários e docentes, com critérios externos. Os quatro fatores possuem uma forte inter-

¹³ Consideram-se onze fatores e não dez, para que o fator Regime de Governo que aparece em 11º lugar nos FAG, aparecesse nesse confronto uma vez que ele se coloca em 2º lugar de relevância nos FAR, e mesmo porque é um fator com a mesma cotação (número de citações) que os fatores: individualismo, falta de autoridade e burocracia.

ferência no desempenho da organização HU, são fatores de força relevante no sistema em estudo.

Os outros sete fatores mostram os enfoques distintos entre os dois grupos. Os FAR mostram a relevância do conhecimento dos fatores ambientais externos, com uma visão organizacional de sistema aberto, de inter-relação e interdependência organização-ambiente destacada. Os FAG enfocam, predominantemente, fatores do ambiente interno, mostram uma organização com tendência a voltar-se para dentro, queixosa, rica em sintomas e sinais, mais efeitos do que causas, mostrando uma visão introspectiva da organização. Os FAG especificam e detêm-se em aspectos administrativos internos.

Os dois métodos, buscando atender a objetivos específicos de trabalho, mostram uma certa complementaridade nos resultados. Permitem que se enumerem fatores internos e externos relevantes à organização hospitalar, que poderá auxiliar o grupo gerencial no processo de tomadas de decisões, no que se refere ao estabelecimento de objetivos e estratégias, no enfoque das políticas institucionais, a serem implementadas a curto, médio e longo prazo. Esses fatores FAR e FAG enfocam: a instituição organizacional, no que relaciona à estrutura, às pessoas e às tarefas, na sua dinâmica interna (fatores internos); a demanda que se relaciona com a realidade da comunidade na qual a instituição atua e da qual provém sua clientela, pacientes e alunos, e seu sustento através do Estado (input-output) (fatores externos); e a estrutura política-administrativa do Estado (fatores externos) (Quadro 16).

QUADRO 16 - Da complementaridade dos dois métodos, Fatores Ambientais Relevantes nos ambientes interno e externo enfocando a Organização (HUSM), a Comunidade e o Estado.

Ambiente Interno	Ambiente Externo	
Organização	Comunidade	Estado
<p>Quanto a Estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Exemplo - Burocracia - Falta de Autoridade <p>Quanto a Pessoas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desmotivação - Individualismo - Falta de Comunicação - Preparo Docente - Preparo do Funcionário <p>Quanto as Tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habilitação Gerencial - Contra-Normas 	<ul style="list-style-type: none"> - Salário da População mais Carente - Condições de Saneamento Básico - Educação da População para a Saúde - Níveis de Saúde - Escolaridade da População 	<ul style="list-style-type: none"> - Regime de Governo e Prioridades - Política de Pessoal - Verbas Destinadas a Educação.

CONCLUSÃO

Ao percorrer-se o caminho metodológico proposto, foram-se colhendo dados e tecendo observações que levam, na conclusão, a estabelecer alguns conceitos diagnósticos e terapêuticos relativos aos HUs, e, especialmente, ao HUSM, que se prestou ao estudo de caso. Os HUs comungam de características semelhantes, quais sejam, a origem, os objetivos de assistência, ensino e pesquisa, a responsabilidade administrativa dos médicos-docentes e o atual desafio de integrar-se ao SUS, o que permite que algumas conclusões possam ser comuns à maioria deles.

O HU é uma organização que tende a atuar como um sistema fechado. Esta conclusão decorre da constatação de que:

- o grupo gerencial do HUSM percebe fatores ambientais predominantemente do ambiente interno da organização hospitalar. Preocupados com os problemas internos, dispõem pouca atenção aos fatores ambientais relevantes do ambiente externo, principalmente os colocados próximos à organização. Esta conduta mostra a organização com sensibilidade diminuída à mudança do meio externo;
- aos moldes de quando foi criado, o HU apresenta-se interagindo com as necessidades dos cursos da área de saúde e de seu corpo docente no que se refere à prática do ensino médico. Sendo solicitado para um novo papel, com maior interação com o meio ambiente local e regional, tem apresentado dificuldades e resistência;
- já implantados os mecanismos de referência e contra-referência do HUSM, estes partem de sua realidade interna, divorciada da demanda externa, das necessidades assis-

tenciais de saúde-doença local e regional. Os mecanismos de referência e contra-referência se iniciam a partir da oferta dos serviços do número de consultas por especialidades, estipuladas pelo corpo médico-docente que se fundamenta na necessidade mais didática do que assistencial, mesmo porque são os dados de que dispõe, e na solicitação da direção, que busca a maior arrecadação com o aumento do número de consultas. A percepção das necessidades assistenciais prescinde de um estudo da demanda real de clientela. Há um esforço para atender aos apelos oriundos das Comissões (CIMS, CRIS). Apresenta dificuldade no desempenho da contra-referência;

- sua relação externa com o Estado decorre de sua dependência econômica (MEC, MPAS) com a comunidade que o sustenta, através do Estado, existe uma débil interação, uma vez que esta recebe os serviços prestados como "benesse" e também não assume responsabilidade no acompanhamento, controle e avaliação do desempenho da organização hospitalar; julga que o Estado, distante e centralizado, é que deve responsabilizar-se e exigir o bom desempenho do HU. O HU, conseqüentemente, não conta com o apoio da comunidade para justas reivindicações junto ao Estado. As forças se encontram diluídas e desencontradas;
- os dez fatores ambientais de maior relevância para a implementação das Políticas, tanto na situação vivenciada como na situação desejada, estão situados predominantemente no ambiente externo à instituição - ambiente operacional e macro-ambiente. Como fatores relevantes, são forças de influência no sistema que devem ser considerados. Esses fatores chamam a atenção tanto para aspectos do perfil da população alvo das Políticas como para aspectos políticos administrativos do regime governamental, embutidos em um contexto cultural que não pode ser deixado de lado. Esses fatores não têm sido considerados nos planos de ação do HUSM;

- à medida que se avança na prospecção, do presente para o futuro, os fatores ambientais situados no meio externo ganham proeminência, mostrando que a organização necessita projetar-se para fora, estando atenta aos dados de monitoração que não possui, mas, uma vez que os possuísse, confeririam-lhe sensibilidade para reações mais adequadas.
- o HU, não tendo bem conhecida a realidade local e regional de saúde, não dispõe de dados suficientes para uma reflexão e reconceituação das necessidades de saúde no confronto crítico com a prática desenvolvida na área de seu âmbito de atuação.

O HU é uma organização complexa, decorrente da constatação dos seguintes fatores:

- tratar-se de uma instituição hospitalar que por sua natureza, constitui entidade complexa;
- estar inserido em uma universidade, foro de produção e reprodução de conhecimento;
- ser uma organização contemporânea, que apresenta complexidade de uma dinâmica social, política e econômica comuns às organizações;
- estar sujeito a mudanças radicais e abruptas impostas pela revolução científica e tecnológica;
- sofrer reivindicações constantes por modelos mais democráticos;
- estar na instância de políticas de saúde e educação de RH para a saúde que exigem que o HU reveja e até amplie o seu âmbito de atuação (Quadro 17), inserindo-se no SUS com certa liderança e autonomia.

O âmbito de atuação é determinado por fatores tais como: necessidades locais e regionais, recursos existentes (materiais, técnicos e humanos) e capacidade institucional (política, cultural, técnica, administrativa).

QUADRO 17 - Âmbito de Atuação do HU segundo sua abrangência nas atividades que desempenha a nível local, regional e nacional.

ÂMB. ATUAÇÃO ORGANIZ.	RESTRITO	ABRANGENTE	EXPANDIDO
HU	Reprodução do saber - Ensino Recuperação da saúde - Assistência	Produção e re- produção do sa- ber Prevenção e re- cuperação da saúde Avaliação da realidade Saú- de/Doença lo- cal e regional Referência e Contra-Refe- rência ocasio- nais	Acompanhamento da reali- dade Saúde/Doença local, regional e nacional Produção do saber- de- finição de linhas de pesquisa - e reprodução do saber Prevenção e Recuperação da saúde - nível ter- ciário - SUS Referência e Contra-Re- ferência no SUS Integração em programa de reciclagem dinâmica dos profissionais de saúde Integração com outras instituições em progra- mas de cuidados com a saúde, educação da co- munidade

FONTE: Adaptação para o HU de quadro de abrangências opcionais com exemplo de âmbito de atuação. In: MARQUES, Planeja-
mento estratégico. (mimeo.). Palestra EBAP/FGV, 1988.

Por estas razões e por ter que buscar a sua auto-susten-
tação, é que o HU apresenta a conotação de uma das organiza-
ções mais complexas dos nossos dias.

Pelas razões acima expostas, o HU constitui um desafio
gerencial aos profissionais que respondem por sua administração.
No campo gerencial estratégico do HUSM, identificaram-se 52 fa-
tores ambientais de relevância para sua atuação destes dois

terços, 35 fatores estão localizados junto ou próximo da instituição, segundo sua dependência no que se refere à tomada de decisões estratégicas que os define como força para a efetiva implementação das políticas. Isso demonstra a força de medidas locais e regionais, apesar de tratar-se de uma organização pública federal.

No aspecto gerencial, observam-se:

- a organização hospitalar do HU não explora economicamente a região local e regional onde está situada e para a qual é tida como da maior relevância na assistência à saúde e na formação de RH para a saúde (Gráfico I);
- os FAR, selecionados na percepção da situação atual - o que é -, são fatores que devem ser considerados para ações estratégicas a curto prazo*, com base nos dados de monitoria ambiental;
- os FAR, percebidos na situação desejada - o que deveria ser -, são fatores que devem ser considerados na configuração estratégica do cenário normativo de SPT-2000, a médio** e a longo*** prazos ou mesmo permitindo a construção de cenários exploratórios;
- os FAG, na medida que detalhem fatores do ambiente interno, complementam os FAR, retratam a percepção do grupo gerencial do HUSM, responsável pela implementação das políticas, grupo que vivencia a organização hospitalar, grupo de poder para promover ações de mudança;
- frente aos FAR identificados para a implementação das políticas de saúde e educação, observa-se que estes não são considerados de relevância na prática, no nível de programas, pesquisa e ações, o que transparece a existência de ideologias distintas entre política-missão e política em nível de orçamento, ação;
- os planos de ação, desconhecendo FAR para a implementa-

* Curto prazo - período que se estabelece até 12 meses

** Médio prazo - período estabelecido até 4 ou 5 anos

*** Longo prazo - período até 10 ou 15 anos

ção das políticas, tornam-se inapropriados em princípio e, naturalmente, com sérias dificuldades para a efetivação prática.

O docente-médico dispõe de escasso tempo para a discussão e reflexão sobre suas funções no HU e as habilitações necessárias. Pela relevância dos RHs nas organizações e pelo fato de o modelo de análise estrutural evidenciar a relevância dos fatores, Habilitação Gerencial, Preparo Docente e Preparo do Funcionário, fazem-se algumas considerações nesta conclusão:

- o docente-médico responsável, pela administração do HU, "dono" do HU, é um profissional técnico da área médica, geralmente especializado, que assume dentro da instituição tarefas de ensino, pesquisa e administração, além da tarefa de assistência médica, para as quais poucos receberam formação nas áreas de conhecimento correspondentes à pedagogia, didática, estatística, metodologia de pesquisa, sociologia, ciência social administrativa¹;
- além de assumir funções para as quais nem sempre possui habilitações devidas, via de regra, o médico-docente assume outros compromissos (status econômico e social), o que caracteriza a freqüente queixa da falta de tempo. Sendo assim, o tempo para a reflexão e revisão de seu papel na instituição e sociedade tem sido escasso.

Ainda referente aos RHs, constata-se que:

- os HUs, solicitando aos seus docentes maior atendimento assistencial dentro de um programa IDA e contratando médicos assistenciais para aumentar sua produção, permite salários diversos para mesmas atividades, estabelecendo uma distorção no seu corpo clínico: tratamentos desi-

¹ CAUDURO, J. Lampert. Confronto entre preparo docente e atividades desempenhadas por este na Escola Médica. ANAIS XXIII Congr. Bras. Ed. Med., Out. 1985. p.135. (Tema livre).

guais para iguais;

- no segmento dos funcionários, estes ingressam pelo mesmo concurso dos demais funcionários da universidade e, sendo destacados para trabalhar no HU, com escala de trabalho mais rígida, e tarefas de maior exigência, raramente dispõem de um programa de adaptação e capacitação para fazer frente às funções que assumem, e continuam recebendo as mesmas vantagens que os demais funcionários da UFSM: tratamentos iguais para desiguais.

A multiplicidade de fatores ambientais que dizem respeito ao desempenho da organização HU, e a complexidade de suas inter-relações exigem o uso adequado de modelos e métodos em estudos de caso, visualizando linhas fundamentais e, a partir destas, traçando passos estratégicos que racionalizem o destino do HU. Para tanto, recomenda-se aos HUs posicionarem-se de forma a permitir:

- a consideração de fatores do macroambiente (comportamento integrado das variáveis econômicas, culturais, políticas, legais, tecnológicas, demográficas e outras) de alta relevância (Rego, Vasconcelos);
- a redução da sua realidade, selecionando os fatores ambientais de maior relevância no seu sistema;
- a adoção de modelo contínuo (Fahey/King) de Análise Ambiental, fazendo uso de atividades-chaves (Fahey/Narayanan), Monitoria Ambiental;
- através da Análise Ambiental, a ampliação do conhecimento do ambiente direto e indireto, diminuindo a amplitude do ambiente ignorado (Oliveira);
- a constituição de um grupo inter-disciplinar (Unidade de Análise Ambiental - Fahey/King-Rego) que, não estando exclusivamente a este serviço, possa dispor de dados e fazer uso de RH qualificados com conhecimentos em áreas que a instituição não dispõe (Sistema de Apoio à Decisão);

- a criação de um banco de dados, estabelecendo seus limites em sistema estruturado, definido pela matriz cognitiva do administrador, e assim constituir um Sistema de Informação Relevante (SIR), que não deve ser um obstáculo, ao contrário, deve reduzir a complexidade do processo;
- ter a dimensão do que permanece e do que muda no transcurso do tempo, dos riscos e das oportunidades;
- o estabelecimento de um processo sistêmico de planejamento com ênfase temporal, a curto, médio e a longo prazo, que, estando sujeito a uma dinâmica de análise e ajustamento, não sofra solução de continuidade quando da troca de direções;
- ações estratégicas que estarão obrigatoriamente na dependência de recursos, aspiração da comunidade hospitalar, vontade política dos gerentes, capacidade institucional;
- maior ênfase às condições de saúde de sua clientela (demanda real), determinantes e conseqüências, e ênfase nos serviços em decorrência das necessidades prementes e recursos disponíveis;
- a análise da realidade, no seu contexto sócio-econômico-político-administrativo e cultural, subentendendo um trabalho de pesquisa, de produção de conhecimento, que, por sua vez, fornecerá dados para a reflexão crítica do modelo, resistente às mudanças. Na reflexão crítica, deve surgir a reconceituação de saúde em uma elaboração intelectual com conseqüente ajustamento das práticas. A mudança tende a ser mais uma abertura de novos caminhos, atendendo necessidades ainda não contempladas, sem o abandono dos que vêm sendo trilhados, de forma a integrar-se com os serviços já existentes. A visão de mudanças não inclui modernização do processo educacional,

simplesmente metodológico, mas fundamentalmente ideológico, conceitual;

- a busca de mudanças do comportamento pelo enriquecimento do saber, através de melhores e novos conhecimentos (pesquisas) e divulgação (uso adequado dos meios de comunicação). Os valores e as necessidades, sendo de mais difícil abordagem na estratégia de mudança, o conhecimento deve ser usado por mais fácil acesso, com vista à mudança de concepções e conseqüente mudança de comportamento;
- uma melhoria da sua interação fisiológica com o meio ambiente, conhecendo e acompanhando os FAR, através da coleta de dados que alimentam um SIR, devendo assessorar-se das mais variadas instituições públicas e/ou privadas, em trabalhos e projetos conjuntos, dentro e fora da universidade, localizados próximos ou distantes da instituição.

Está-se sugerindo ao HUS a montagem de um rudimentar aparato sensorial, em analogia com o sistema biológico (Young), importante componente da capacidade de adaptação de uma organização às mudanças ambientais que, mais fortemente, dizem-lhe respeito.

Selecionando os FAR para a implementação das Políticas de saúde e educação de RH para a saúde pelo HU e na recomendação das atividades-chaves (Fahey-Narayanan), montaram-se quadros de sugestões para uma monitoria ambiental visando objetivos e prazos (Quadros 18, 19 e 20).

Dois fatores ambientais que surgem na projeção de um futuro desejado em direção ao cenário normativo (SPT - 2000), com força de influência no sistema do HUSM, no ambiente operacional e macroambiente, são: o Regime de Governo e prioridades e os Meios de Comunicação. Esses dois fatores devem ser trabalhados a médio e a longo prazo. Um por constituir o Estado com o dever de proporcionar condições básicas de saúde e educação ao cidadão. O outro por constituir o meio de veiculação de conhecimentos necessários para a coesão de interesses e para a orga-

QUADRO 18 - Fatores de aspecto predominantemente administrativo-sócio-cultural situados no Ambiente Interno que focalizam a busca de dados e subsídios para a identificação de pontos favoráveis e desfavoráveis dentro da organização hospitalar (HUSM).

FAR	OBJETIVOS	PRAZOS
Burocracia	Eliminar o obsoleto Agilizar	Curto
Falta de autoridade	Reforçar o poder Legislativo do CONAD.	
Habilitação Gerencial	Programas de Preparo e Reciclagem para funções administrativas dos vários níveis (operacional, intermediário e superior)	Médio
Comunicação	Avaliar o poder de penetração dos meios de comunicação intra-organizacional Adequar o seu uso.	
Contra-Normas	Identificar grupos e tendências Traçar estratégias de neutralização	Curto, médio e longo
O Exemplo	Analisar distorções de tratamentos iguais para desiguais - buscar tratamentos correlatos	
Individualismo	Mover ações em bloco em torno de objetivos comuns.	
Desmotivação	Enfatizar a relevância da Instituição e do trabalho de cada um - interdependência. Acompanhar e divulgar resultados	
Preparo do Funcionário	Adequar o preparo do funcionário para a sua função no HU - programa	
Preparo do Docente	Avaliar as habilidades do corpo médico-docente para ensino, pesquisa e administração Traçar programas de Habilitação	Médio e longo

QUADRO 19 - Fatores de aspectos sócio-econômico-cultural situados no Ambiente Externo da organização enfocando a comunidade alvo das políticas.

FAR	OBJETIVOS	PRAZOS
Salário da População Carente	Conhecer o poder aquisitivo do salário da população mais carente local e regional e possibilidades de alimentação, educação...	Curto
Condições de Saneamento Básico	Índice de uso de água potável, esgoto, tratamento do lixo - vacinações...	
Educação da População para a Saúde	Níveis de esclarecimento da População quanto aos cuidados de saúde Por quais meios recebem informações e orientação - Identificar programas comunitários existentes Avaliar o grau de participação da comunidade na defesa dos interesses da organização hospitalar e de todo o sistema de saúde.	Curto, médio e longo
Nível de Saúde	Índices de Morbi-Mortalidades local e regional Projeção nosológica até o ano 2000	Curto médio
Escolaridade da População	Conhecer índices de alfabetização, ensino 1º, 2º e superior. Adequar formas de abordagem de cada grupo - inform., "marketing"	Médio
Relação da PEA e População Dependente	Conhecer a relação da População Economicamente Ativa e a População Dependente (crianças, velhos e inativos por doenças - quais doenças e tendências)	Médio
Demografia	Índices de Mortalidade e Natalidade - Migrações e tendências - acompanhamento	Médio e longo

QUADRO 20 - Fatores de aspectos Político-Administrativo- Cultural, situados no Ambiente Externo da organização, enfocando o Estado.

FAR	OBJETIVOS	PRAZOS
Regime de Governo e Prioridades	<p>Dimensionar a participação dos órgãos executores das políticas e da comunidade no processo de decisão</p> <p>Identificar oportunidades e ameaças.</p> <p>Analisar prospectivamente tendências e rupturas - área política e econômica</p> <p>Possuir conhecimento claro e atualizado das leis Constitucionais e Ordinárias de Saúde e Educação</p> <p>Identificar origens e tramitações de verbas destinadas à Educação e à Saúde.</p>	<p>Médio e longo</p> <p>Curto</p> <p>Curto e médio</p>
Política de Pessoal	<p>Discutir nas áreas de competência os pontos fortes e fracos da política vigente</p> <p>Buscar flexibilidades e possibilidades de ajustes</p> <p>Acompanhar legislação das políticas - "lobbies".</p>	<p>Curto</p> <p>médio</p>
Política Nacional de Saúde	<p>Identificar a Política Nacional de Saúde nos seus níveis que vão da missão à ação - "stops"</p> <p>Identificar e fortalecer "lobbies" de interesse junto aos órgãos governamentais responsáveis</p>	<p>Curto</p>

nização de forças para ações de mudanças (Quadro 21).

Na possibilidade da montagem de cenários exploratórios no estudo prospectivo de tendências pesadas, atores, descontinuidade e rupturas importantes para a adequação estratégica do HU, montou-se uma figura com os principais componentes (Fig.17). Com estes componentes deve-se caracterizar o cenário atual e cenários futuros, otimistas (STP-2000), e não tão otimistas na projeção de tendências depreciativas e degenerativas nos campos políticos, econômico, social e moral, não deixando de ter em mente que o ser humano é agente de mudança.

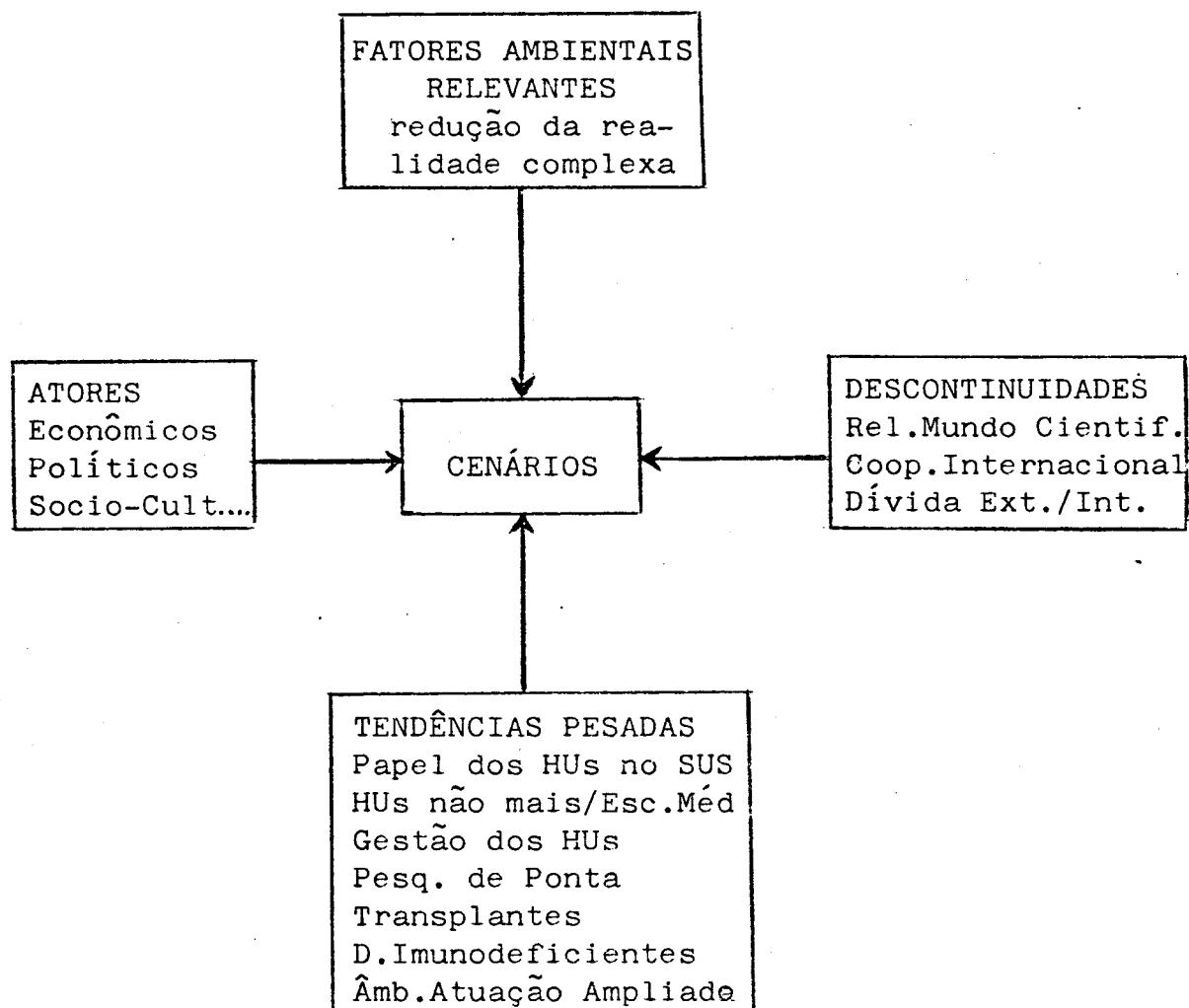
O quadro político nacional complexo se caracteriza por alternância de forças; equilíbrio instável, com sérios reflexos econômicos e sociais; Congresso com forças hegemônicas desfiguradas, sem segurança nas posições tomadas, mais preocupado com as viabilidades eleitorais; Executivo, de início com discursos e medidas de impacto com mensagem de segurança, não tem apresentado condutas uniforme que permitam prever comportamentos. As tendências estão mais para rupturas. Há necessidade de estar-se atento, identificando indicadores de tendências e padrões emergentes, evolução histórica e grau de mudança destes padrões.

As universidades vivem situação inquietante. Em uma onda de corte de gastos e moralização, são ameaçadas por um corte de 30% nas folhas de pagamento, sem critérios qualitativos, defendem assim, a manutenção de seu quadro de pessoal e salários; logo a seguir a greve de funcionários e no HU também a greve dos residentes. Nesse quadro de crise, na lucidez da situação, almeja-se uma reflexão crítica intra-institucional para um ajustamento interno quanto a tarefas, cargas horárias e qualidade da produção acadêmica nos segmentos de ensino, pesquisa e extensão. O tratamento igual para desiguais deve ter enfoque de correção na autocritica da academia, sem perder o contexto global que lhe confere importância fundamental no desenvolvimento da sociedade brasileira. O HU, órgão suplementar do CCS, ligado à reitoria, insere-se nesta situação.

O desafio gerencial se evidencia, por um lado, por tratar-

QUADRO 21 - FAR do ambiente operacional e macroambiente do Sistema dos HUs, para a implementação das políticas de saúde e educação de RH para a saúde, a médio e longo prazos - aspectos, variáveis e objetivos.

FAR	Aspectos	Variáveis	Objetivos
Regime de Governo e Prioridade	Político Administrativo	<p>Estilo Gerencial - tomadas de decisões</p> <p>Prioridades</p> <p>Política distributiva de recursos</p> <p>Recursos para Saúde e Educação</p>	<p>Identificar forças nas tomadas de decisões governamentais com vistas à saúde e à educação.</p> <p>Dimensionar o grau de participação dos órgãos executores das políticas e da comunidade alvo das políticas</p> <p>Identificar oportunidades e ameaças para a busca de apoios, recursos - incentivos, subsídios.</p> <p>Dimensionar recursos disponíveis e perspectivas - programas, projetos futuros</p>
Meios de Comunicação	Sócio-cultural	<p>Tele e rádio preferências da comunidade - programas, horários</p> <p>Jornais, periódicos mais lidos</p> <p>Aceitação, eficiência de cartazes, faixas, correspondências, boletins</p> <p>Eficiência e distorções "Fofocas"</p>	<p>Conhecer os interesses das organizações responsáveis pelos meios de comunicação</p> <p>Detectar os meios de comunicação que as notícias veiculam com maior eficiência</p> <p>Usar os meios de comunicação para: informações, esclarecimentos à comunidade; integração de interesses comuns; divulgação dos conhecimentos produzidos; educação da população para o uso mais adequado da instituição; oportunidade de maior participação e comprometimento da comunidade.</p> <p>Usar as vias de comunicação intra-institucional para informação dinâmica e educação da comunidade do hospital</p> <p>Avaliar a eficiência e a eficácia dos meios de comunicação intra-hospitalar.</p>



FONTE: MARQUES. A chave do futuro. (Adaptado neste trabalho para os HUs).

FIGURA 17 - Principais componentes para a construção de cenários exploratórios para os HUs.

se o HU de uma organização complexa e, por outro, por tratar-se de um órgão público sujeito diretamente a condutas políticas turbulentas em um início de governo que se diz transformador e, querendo "enxugar" a máquina administrativa, reduzindo gastos públicos, toma atitudes genéricas sem critérios claros de necessidades e de qualidade e, possivelmente, com grandes dificuldades na divulgação de dados de resultados que justifique e fortifique estas medidas.

No âmbito econômico-social, as condições de país em desenvolvimento nos coloca no "ranking" mundial entre os melhores PIB, o que não corresponde às condições sócio-econômicas da população em geral.

A necessidade de uma monitoria ambiental no que toca à saúde e à educação, do fator Regime de Governo e prioridades é de grande relevância para que se possam usar mais adequadamente oportunidades surgidas e tomar os devidos cuidados com as ameaças que afloram. Estabelecer estratégias embasadas na dinâmica da avaliação contínua de oportunidades e ameaças de âmbito local, regional, federal e internacional necessita de estrutura dinâmica e flexível. O HU deve construir modelos próprios, calcados na sua realidade, embasados em atividades-chaves - investigação, monitoria, projeção, avaliação -, buscando pontos fortes e fracos, potencialidades e vulnerabilidades no sistema organizacional como também oportunidades e ameaças, procurando anteceder-se ao futuro, para não ser surpreendido por ele. Deve, assim, dispor de um grupo de pessoas oriundas de várias áreas de conhecimento para construir a Unidade de Análise Ambiental, de caráter permanente.

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

Por ser a saúde, constitucionalmente, dever do Estado, o governo vigente deve dispensar atenção não só às políticas de saúde, como também de educação em todos os níveis, desde a missão constitucional até a implementação de programas, ações e or-

çamentos. Está implicada nesta tarefa do Estado, a participação das instituições de saúde prestadoras de serviços e formadoras de RH para a saúde, assim como a população alvo das políticas a serem implementadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEM. Ciências sociais e biológicas no Curso Médico: enfoque interdisciplinar. Série Doc., n.12, 1989.
- . Boletim, 2(16), Mar./Abr. 1984.
- . Boletim, 1(14), Jan./Fev. 1982.
- AMARAL, Hugo. Plano de aproveitamento do HUSM pelas comunidades da 4ª DS. Nov. 1987.
- ANSOFF, Igor; DECKERCK, Roger & HAVES, Robert. Do planejamento estratégico à administração estratégica. São Paulo, Atlas, 1985.
- BIANCHINI, Elizabeth & CAVALHEIRO, Paulo Tadeu. Internato em clínica médica - o pronto atendimento como atividade. Rev. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 2(2):65-68, Mai./Ago. 1988
- CAMPOS, Francisco & GIRARDI, S.N. Nota sobre a proposta de Congestão entre os Hospitais Universitários e as Secretarias Estaduais de Saúde. Rev. Saúde em Debate, 25, CEBES, Jun. 1989
- CAUDURO, J. Lampert. Confronto entre preparo docente e atividades desempenhadas por este na Escola Médica. XXIII Cong. Bras. Ed. Méd., Out. 1985. ANAIS... (Tema livre).
- . Liderança como papel essencial para a eficácia da integração das ações de saúde: ensino e assistência médica. XXIV Congr. Bras. de Educ. Med., Florianópolis, Out. 1986. (Tema livre).
- DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. FGV, MEC, Rio de Janeiro, 1986
- FAHEY, Liam & KING, William. Environmental assessment for corporate planning. Business Horizons, Aug. 1977.
- & NARAYANAN, V.K. Macroenvironmental analysis for strategic management. West Publishing Company - Copyright, 1986.
- FERREIRA, José R. et alii. El analisis prospectivo de la educación medica en America Latina. Educ. Méd. Salud, 22:3, OMS, OPS, 1988.

- GOULART, F. Andrade. A organização dos serviços no SUDS: a visão do município. Rev. Saúde em Debate, CEBES; Abr. 1988.
- HUSM. Regimento Interno, 1987.
- MACEDO, Guerra de. La universidad y salud para todos en el año 2000. Bol. Of. Sanit. Panam., 99(3), 1988.
- MAGALHÃES, Roberto. Serviços auxiliares de diagnóstico: discussão sobre desempenho-demanda. Rev. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, Set. 1989.
- MARQUES, Eduardo. Planejamento estratégico. Palestra na EBAP/FGV, Nov. 1988. (Mimeo).
- . A chave do futuro. Trabalho 2º lugar prêmio SPE. 1988.
- . L'impact societal et économique de l'énergie nucléaire au Brésil. Analyse struturelle et modele "input-output" generalise. These pour l'obtention de titre de Docteur en Economic Appliquée. Université Paris-Daupline, 1976.
- MEC/SESU. Hospital de Ensino. Diretrizes para seu funcionamento. Brasília, Nov. 1979.
- MOTTA, Paulo. A conquista da visão estratégica na gerência. 1989. (Mimeo).
- . Modelo de planejamento organizacional estratégico. 1988. (Mimeo).
- . Dimensões gerenciais do planejamento estratégico. RAP, v.10, Abr./Jun. 1976.
- . Razão e intuição: recuperação do ilógico na teoria da decisão gerencial. Rev. Adm. Publ., Rio de Janeiro, 22(3):77-94, Jul./Set. 1988.
- . Analisis gerencia de los sistemas de salud. XXV Conf. Sanit. Panam. P. Científica, n.449, OPS, 1983.
- LUZ, Madel. As instituições médicas do Brasil - instituições e estratégias de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986
- LEMLE, Alfred. A pesquisa nos hospitais universitários: uma questão definitivamente política. Rev. Acadêmica, 2(2), Abr. Mai. 1988. Fac. Med., HU Clementino Fraga Filho, da UFRJ.
- LAWRENCE/LORSCH. As empresas e o ambiente - diferenciação e interação administrativa. Petrópolis, vozes, 1973.
- NASCIMENTO, Kleber. O executivo na organização. Incisa, Informação Científica S.A., 1976.

- NICZ, L. Fernando. Pesquisa em serviço e implantação do SUDS. Rev. Saúde em Debate, 26, CEBES, Set. 1989.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Universidade e a reforma sanitária. Bol. ABEM, 5(25), Set./Out. 1989.
- PEÇANHA, Antonio José. Hospitais universitários. Rev. Divulgação em Saúde e Debate, CEBES, Set. 1989.
- PERROW, Charles. Análise organizacional - um enfoque sociológico. São Paulo, Atlas, 1981.
- REGO, Raul Amaral. Convenções, convicções e análise do ambiente organizacional. Rev. Planejamento e Gestão, 1(1), Abr. 1989.
- RELATÓRIO FINAL. Conferência Nacional de RH para a saúde. Brasília, Out. 1986.
- RELATÓRIO FINAL. VIII CNS, Mar. 1986.
- ROSA, Alice & FRAGA, Clementino. Hospitais universitários: conceitos e perspectivas para a educação e a assistência. Rio de Janeiro, Nov. 1976.
- . Temas de educação médica. Novos rumos da educação médica. MEC/SESu, 1980.
- ROSSANDA, Marina. Sistema de saúde e cultura para a saúde. Rev. Saúde em Debate, CEBES, Set. 1989.
- SALGADO, J. Amilcar. Saúde, educação e ensino médico para além da nova Constituição. XXVI Congr. Bras. Educ. Méd., Out. 1988. (Mimeo).
- SCHRAIBER, Lília. Educação médica e capitalismo. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1989.
- SHANKS, David. O papel da liderança no desenvolvimento da estratégia. The Journal of Business Strategy, Jan./Fev. 1989. Resenha Rev. Planejamento e Gestão, 2(1), Set. 1989.
- TEIXEIRA, S. fleury. O Estado capitalista e a política social. (Mimeo).
- . Investigação de ciências sociais em saúde no Brasil. Caderno EBAP, n.29, Jan. 1984.
- . Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante e dois atrás? Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, Jan./Mar. 1985.
- . Política de saúde na transição conservadora. Rev. em Debate, CEBES, Set. 1989.

- TERRA, Osmar. A participação da comunidade no SUS. Rev. Saúde em Debate, n.26, CEBES, Set. 1989.
- THOMPSON, James. Dinâmica organizacional - fundamentos sociológicos da teoria administrativa. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- UFRJ. Programa docente-assistencial. 1985. (Mimeo).
- UNISIS. Universidade integrada ao sistema de saúde - MEC/SESu, Jul. 1988.
- VASCONCELOS, Paulo. Análise ambiental para o planejamento estratégico. Rev. Adm. de Empresas, Rio de Janeiro, 19(2): 115-127, Abr./Jun. 1979.
- VIANNA, Jorge. Fundamentos da política pública. IPEA, INPES, 1982.
- YOUNG, Stanley. Administração: um enfoque sistêmico. São Paulo, Pioneira, 1977.