

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENSINO
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**O PROCESSO DE DEFINIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO
DE OBJETIVOS NUMA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA DO
SETOR SAÚDE: DO CONJUNTO SANATORIAL DE
CURICICA AO HOSPITAL DE CLÍNICAS BÁSICAS
RAPHAEL DE PAULA SOUZA**

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

SHEYLA MARIA LEMOS LIMA

Rio de Janeiro, 1994

Lima, Sheyla Maria Lemos

O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de Clínicas básicas Raphael de Paula Souza.-1993.

322 p.

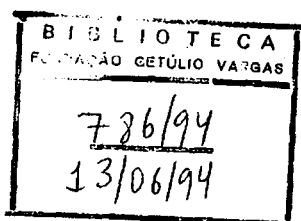
Orientador: Paulo Roberto Motta

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública.

Bibliografia: p. 311-322.

- 1- Saúde Pública - Administração - Rio de Janeiro.
 2. Serviços de saúde - Administração - Rio de Janeiro.
- I- Motta, Paulo Roberto. II-Escola Brasileira de Administração Pública.

CDD-352.4



BB-00051006-6

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENSINO
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

199406 786

T/EBAP L732p



1000061831

**O PROCESSO DE DEFINIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE OBJETIVOS NUMA
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA DO SETOR SAÚDE:
DO CONJUNTO SANATORIAL DE CURICICA AO HOSPITAL DE CLÍNICAS
BÁSICAS RAPHAEL DE PAULA SOUZA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR
SHEYLA MARIA LEMOS LIMA

E APROVADA EM 23 DE FEVEREIRO DE 1994
PELA COMISSÃO EXAMINADORA

PROF. PAULO ROBERTO DE MENDONÇA MOTTA
DOUTOR EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (PHD)

PROF. PAULO REIS VIEIRA
DOUTOR EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (PHD)

PROFA. ANA MARIA MALIK
DOUTORA EM MEDICINA (CONCENTRAÇÃO EM
MEDICINA PREVENTIVA)

A Fernanda e Julia

AGRADECIMENTOS

É com uma agradável sensação de missão cumprida e com sincera emoção que termino esta dissertação. Embora para alguns possa parecer mera formalidade, julgo necessário agradecer a algumas pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a finalizar esta árdua e solitária tarefa.

Aos professores, pesquisadores e demais funcionários do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS, que facilitaram as condições de realização deste trabalho. Da mesma forma, aos funcionários da Sala de Situações, onde esta dissertação foi por mim digitada. Em particular, a estagiária Odalea Martins da Cunha, por ter atendido aos meus pedidos de socorro, na digitação e impressão. A João Batista de Albuquerque e José Amâncio da Silva, pela reprodução e encadernação da versão preliminar. Ao setor da Gráfica, do Serviço de Desenvolvimento Educacional, pela reprodução e encadernação da versão final.

Aos funcionários do Hospital Raphael de Paula Souza, pelo pronto acesso aos documentos e às informações contidas neste trabalho. Especialmente, a José Roberto Magno, José do Valle e Margareth D'Alcomo respectivamente, atual diretor e ex-diretores do Hospital, pela atenção especial nas entrevistas, pela facilidade com que os documentos foram colocados à disposição e pela oportunidade de ter acompanhado de forma mais próxima e direta, parte do processo de transformação do Hospital.

A Maria de Lourdes Lima, responsável pela biblioteca Walter Mendes do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, bem com aos funcionários do Centro de Documentação do MS/DF, que propiciaram tão solícitamente, o acesso aos documentos históricos relacionados ao Hospital.

Aos funcionários das bibliotecas da Fundação Getúlio Vargas e Escola Nacional de

Saúde Pública, pelo atendimento de minhas inúmeras solicitações.

A Silvio Roberto Orrico e Monireh Obbadi que tão gentilmente fizeram a versão do resumo para a língua inglesa.

A Francisco Campos Braga Neto, Pedro Barbosa, Creuza Azevedo e Marismar Horst, com os quais tive oportunidade de trabalhar durante alguns anos e de amadurecer as idéias aqui expostas. A Chico, pelo incentivo ao meu ingresso no mestrado e a todos, pela compreensão em assumir uma carga maior de trabalho, em função de meu afastamento parcial durante um período do curso de mestrado. A Pedro e Maris, particularmente, nestes últimos seis meses, por sozinhos terem "tocado" todo o trabalho do Núcleo de Administração de Serviços de Saúde. A Maria das Graças Mendonça, pela solicitude com que atendeu aos meus pedidos.

A Fernanda e Julia, minhas filhas e Pedro, meu companheiro, pela paciência, compreensão e carinho que toleraram a minha distância e mau humor, bem como pelas suas inúmeras e alimentadoras palavras de estímulo. A Fernanda, pela sua inesgotável preocupação e solidariedade e a Julia, pela inesquecível, pragmática e sobretudo eficaz recomendação, no auge de minha angústia, quando ainda não tinha iniciado a redação deste trabalho: "Mãe, é fácil! Você tem que escrever mais ou menos cem folhas. Escreva cinco por dia, que em vinte dias terá terminado!" Não foi bem assim, mas de toda forma, valeu Julia! A Carminha, pela grande ajuda em casa, sem a qual as condições de trabalho teriam sido bem piores. A Solange, por me fazer acreditar que eu chegaria ao fim. Aos amigos, que de alguma forma ajudaram e estimularam a conclusão deste trabalho.

Por último, àqueles que mais diretamente contribuíram durante todo este processo, sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao final.

A Paulo Roberto Motta, pela ajuda na identificação e no amadurecimento do objeto desta dissertação, pelos comentários sempre pertinentes e sugestões valiosas, pelos incentivos à conclusão do trabalho, bem como pela disponibilidade de leitura de partes

deste trabalho ainda inacabadas.

A Ana Maria Malik que, desde o início, participou e contribuiu para a finalização deste trabalho, pela leitura minuciosa e atenta, pelas críticas e sugestões precisas, e principalmente, pela contínua cobrança e estímulo.

A Pedro Barbosa, pela paciência e dedicação em ler e reler manuscritos tão crus e fragmentados, pelas críticas e sugestões importantes e necessárias, como também pelo sempre presente e imprescindível incentivo, nos momentos mais difíceis deste trajeto.

A todos, obrigada!

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto, o processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde. Foi realizada uma revisão bibliográfica no campo das teorias organizacionais visando a identificar como as diferentes perspectivas teóricas(racional, natural, política e de integração) entendem o que sejam objetivos organizacionais e seu processo de definição e implementação. Foram identificadas também, algumas características destas organizações, as quais podem interferir no processo mencionado, provenientes de suas condições de serem públicas e de necessitarem de profissionais altamente qualificados para o seu funcionamento.

Com base neste referencial teórico, foi realizado um estudo de caso numa organização pública de saúde - o Hospital Raphael de Paula Souza(Hospital de Curicica) - sobre o processo de transformação de seu perfil assistencial(de um hospital especializado em fisiologia para um hospital de clínicas básicas).

Tem-se como pressuposto que uma compreensão mais adequada acerca da complexidade dos fatores intervenientes no processo de definição e implementação de objetivos das organizações públicas de saúde, poderá contribuir para que seus dirigentes(principais responsáveis pela sua condução) possam intervir ativamente naquele processo, minimizando as condições vigentes nestas organizações, de indefinição, incongruência e irresponsabilidade sobre seus objetivos. A reversão desta situação por sua vez, poderá contribuir também, para que nestas organizações, sejam alcançadas a eficiência e a eficácia, hoje tão insuficientes, porém absolutamente necessárias, não só a sua sobrevivência, mas para que respondam às necessidades de atendimento da população, razão principal de sua existência.

ABSTRACT

The object of this dissertation is the process of definition and implementation of the objectives in a public health organization. A literature review of the theory of organization was made in order to identify how in different theoretical perspectives(rational, natural, political, and of integration) the objectives and the process of their definition and implementation in organizations are understood. Also, some characteristics of the organization were identified, those that can interfere in the above process due to the fact that they are public and need qualified staff for their operation.

Based on these theoretical references a case study in a public health organization(Hospital Raphael de Paula Souza) was carried out on the process of transformation of its profile(from a hospital specialized in phthisiology to a general hospital).

Finally, an adequate comprehension of complexity concerning the process of definition and implementation of the objectives in a public health organization, may contribute so that its managers can actively interfere in that process, and minimize the indefinicion, incongruity and irresponsability of its objectives. A reversion in this situation will also contribute so that in this organization efficiency and efficacy may be reached in order to attend public needs, the main reason for its existence.

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO.....	1
1.1 - APRESENTAÇÃO.....	1
1.2 - JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS.....	4
1.3 - METODOLOGIA.....	11
 2 - SOBRE OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS: O QUE SÃO? COMO SÃO DEFINIDOS?.....	 14
2.1 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA RACIONAL.....	20
2.1.1 - Na Abordagem Clássica.....	23
2.1.2 - Na Abordagem de Simon.....	26
2.1.3 - Considerações Gerais.....	31
2.2 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA NATURAL.....	34
2.2.1 - Na Abordagem das Relações Humanas.....	37
2.2.2 - Na Abordagem Estruturalista.....	41
2.2.3 - Na Abordagem de Sistema Aberto.....	48
2.2.4 - Considerações Gerais.....	62

2.3 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE	
DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA POLÍTICA.....	65
2.3.1 - Na Abordagem de Perrow.....	75
2.3.2 - Na Abordagem das Coalizões de Poder.....	80
2.3.3 - Considerações Gerais.....	93
2.4 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE	
DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO.....	95
2.4.1 - Na Abordagem de Scott, de Astley e Van de Ven e de Morgan	102
2.4.2.- Na Abordagem de Mintzberg.....	106
2.4.3 - Considerações Gerais.....	114
3 - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DO	
SETOR SAÚDE.....	116
3.1 - AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO ORGANIZAÇÕES	
PROFISSIONAIS.....	119
3.2 - AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS	
.....	126
3.3 - ALGUMAS TENDÊNCIAS COLOCADAS PARA AS ORGANIZAÇÕES	
PÚBLICAS DE SAÚDE.....	137
4 - O HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA E SOUZA.....	141
4.1 - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DA REDE DE SERVIÇOS	
DE SAÚDE DA ÁREA DE PLANEJAMENTO-4 (AP-4).....	141

4.2 - O HOSPITAL E SUA HISTÓRIA DE TRANSFORMAÇÃO.....	146
4.2.1 - Da Inauguração do Sanatório ao Hospital de Pneumologia (1951 a 1979)	146
4.2.2 - Do Hospital de Pneumologia ao Hospital de Clínicas Básicas (1980 a 1989).	156
4.2.3 - Do Início da Crise à Situação Atual (1990 a 1993).....	169
4.2.4 - Análise do Processo de Transformação do Hospital.....	177
 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 215
 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 224

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - APRESENTAÇÃO

O objeto de análise desta dissertação está associado a uma organização pública do setor saúde. Mais particularmente, refere-se ao processo de transformação do perfil assistencial⁽¹⁾ de um hospital do Ministério da Saúde, o Hospital Raphael de Paula e Souza. Aqui, perfil assistencial será compreendido como expressão da missão do hospital, os objetivos que deseja alcançar, a razão de ser de sua existência⁽²⁾.

A associação estabelecida entre objetivos e perfil assistencial de um hospital, realizada neste estudo, tem como referência a compreensão de Shortell e Kaluzny(1988) sobre missão e objetivos de um hospital. Para estes autores, *"missão e objetivos associados definem a maior parte das tarefas a serem realizadas, e o tipo de tecnologia e recursos humanos a serem empregados"*. Ou seja, sua conceituação aproxima-se da definição de perfil assistencial aqui considerada.

São encontradas na literatura, várias compreensões acerca do que sejam objetivos relacionados à prestação de serviços de saúde.

Johnson e Schulz(1979) citam Donabedian⁽³⁾, o qual recomenda que os objetivos de prestação de serviços sejam definidos segundo as seguintes perspectivas. Uma, *"orientada-para-o-paciente..."* relacionada

"...ao acesso... ao uso do serviço, à qualidade do atendimento, à autonomia direta e dignidade, ao pronto

1 - Entende-se como perfil assistencial de um hospital o conjunto de ações desenvolvidas nas diversas especialidades médicas, clínicas e cirúrgicas, segundo determinado nível de complexidade dos recursos empregados.

2 - Embora alguns autores da literatura organizacional conceituem missão e objetivos de forma diferenciada, neste trabalho estes termos serão utilizados indiscriminadamente, com o mesmo significado. Sobre esta diferenciação consultar Daft, Richard. *Organization Theory and Design*, Saint Paul, USA, West Publishing Company, 1992.

3 - Ver Donabedian, Avedis. *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1973.

atendimento das necessidades... do paciente, e à liberdade de escolha."

Outra, "*orientada-para-o-prestador do serviço...*", relacionada

"à liberdade de julgamento e atividades profissionais, à competência profissional e qualidade do atendimento, ao controle sobre condições e período de prática e obediência a normas profissionais".

Mais uma, "*orientada-para-a-organização...*" relacionada

"ao controle dos custos ...,e da qualidade, à eficiência, à capacidade de atrair clientes,...de recrutar ... profissionais...e de mobilizar o apoio da comunidade."

Por último, objetivos a partir de uma "*orientação coletiva...*" relacionada

"à alocação apropriada de recursos entre necessidades concorrentes, ao não sectarismo, à representação política..., de interesses afetados pela organização e à coordenação com outros órgãos."

Particularmente Johnson e Schulz(1979), apontam como objetivos da prestação de serviços de saúde,

"(a) serviços técnicos de alta qualidade; (b) acessibilidade e disponibilidade de serviços completos; (c) eficiência(4); (d) satisfação dos indivíduos; (e) eficiência aos indivíduos(5); (f) satisfação dos profissionais: (g) responsabilidade profissional."

Malik(1983) em pesquisa realizada em hospitais complexos, identificou os seguintes objetivos segundo a percepção de seus dirigentes:

"assistência médica, ensino, pesquisa, serviço de referência, desenvolvimento de tecnologia, finalidade social, assistência à saúde, otimização administrativa e

4 - Eficiência para o autor é compreendida segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, como sendo "os efeitos ou resultados finais obtidos em relação aos esforços despendidos em termos de dinheiro, recursos e tempo"(OMS, 1971).

Neste estudo serão utilizados os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade empregados por Maristela de André, em artigo de sua autoria, "Contratos de Gestão como Instrumentos de Promoção da Qualidade e Produtividade no Setor Público" publicado na Revista - Indicadores de Qualidade e Produtividade, IPEA, no 1, fev/1993.

"O conceito de eficiência está relacionado à capacidade de produção(garantida uma qualidade constante) de bens e serviços, com o uso, o mais racional possível, de um conjunto de insumos necessários a essa produção.

Eficácia é o grau em que as metas, entendidas como atributos mensuráveis dos objetivos, para um dado período de tempo, foram efetivamente atingidas. Deve ser considerada tanto a extensão do cumprimento das metas programadas quanto o eventual desvio indesejável da execução de metas não programadas. Está também associada, a idéia de qualidade dos processos produtivos.

Efetividade é o grau de satisfação das necessidades e dos desejos da sociedade pelos serviços prestados."

5 - Para o autor significa que o indivíduo deve obter eficácia dos serviços, ao mesmo tempo que zela pelos seus limitados recursos de fundos e tempo.

resposta à imagem pública."

Apesar das inúmeras definições sobre objetivos hospitalares, neste estudo, estes serão compreendidos como perfil assistencial, em razão do estudo de caso a ser aqui considerado. Neste, o processo de transformação do perfil do Hospital Raphael de Paula e Souza, seus condicionantes e consequências serão analisados.

A dissertação está estruturada em quatro partes, além da introdução, na qual são apresentados a relevância do trabalho, seus objetivos e a metodologia utilizada.

Na primeira parte é realizada uma revisão no campo das diferentes compreensões sobre as organizações e seus objetivos; a segunda, compreende uma breve caracterização das especificidades das organizações públicas de saúde. Na terceira parte é apresentada a situação a ser analisada, ou seja a história do Hospital; finalmente, a partir do referencial teórico construído, é apresentada a análise do processo de transformação do Hospital.

1.2 - JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

Escolher o campo das organizações poderia ser explicado pela sua importância e papel de destaque no mundo contemporâneo. Vivemos indubitavelmente, numa sociedade de organizações(SCOTT,1981). Nelas nascemos e morremos. Nelas passamos a maior parte de nossas vidas, em função de nossa formação básica e profissional e ainda, de nossos trabalhos, que de maneira geral são desenvolvidos em organizações(ETZIONI,1984). Até mesmo, muitas horas de nosso lazer são passadas em organizações(MINTZBERG,1989).

Na sociedade contemporânea, as necessidades pessoais e sociais são tão diversas e complexas, que para serem atendidas é necessário a existência de um grande número de organizações, as quais, por sua vez, exigem *"um conjunto de organizações secundárias a fim de organizá-las e supervisioná-las"*(ETZIONI, 1984).

Para Mintzberg(1989), as organizações cumprem a função de nos criar, alimentar e satisfazer nossas necessidades, mas também podem representar, uma fonte de sofrimento ou mesmo de exploração, nas nossas vidas. Dificilmente, segundo o autor, delas escapamos e, por tudo isso, precisamos melhor compreender este mundo de organizações.

Assim, esta compreensão sobre as organizações importa a todos, mas em particular, àqueles que são ou serão gerentes(6). O estudo das organizações ajuda a estruturar o pensamento dos gerentes de forma a capacitá-los para melhor diagnosticar e explicar o que está acontecendo ao seu redor, o como e o porquê das situações organizacionais, contribuindo desta maneira, para que se tornem mais competentes no

6 - Apesar da origem e da utilização das palavras a seguir relacionadas, ser diferenciada, concordando com Paulo Roberto Motta, neste trabalho, serão utilizados os termos gerentes, dirigentes, diretores, gestores e administradores e os correspondentes gerência, direção, gestão e administração com o mesmo significado, ou seja aqueles que exercem as funções de direção superior de uma organização e as ações por eles desenvolvidas.

Ver Motta, Paulo Roberto. Gestão Contemporânea - A Ciência e Arte de ser Dirigente, RJ, Ed. Record, 1991.

campo profissional(DAFT,1992).

Sem a pretensão de dominar e controlar a realidade social, ou seus fenômenos, e as organizações se enquadram como tal, há o propósito de sistematizar alguns elementos que possibilitem um conhecimento mais abrangente sobre seu funcionamento, de modo a permitir compreender melhor o mundo em que vivemos e a organização em que trabalhamos. No entanto, será apenas uma *"aproximação da realidade social"*(MINAYO,1992), pois ela é muito mais complexa do que conseguimos perceber.

Dentro deste grande tema - organizações -, restringir e direcionar mais especificamente o estudo para uma organização pública do setor saúde, se justifica pelos seguintes motivos.

É reconhecido que os hospitais públicos encontram-se, na atualidade, numa das mais profundas crises de sua história recente. O estado de sucateamento desta rede tem principalmente determinantes estruturais, mas também apresenta determinantes organizacionais(MALIK e VECINA, 1991).

As causas estruturais estão relacionadas ao fato de vivermos numa realidade onde as políticas sociais, apesar de se apresentarem por vezes, em alguns setores, com propostas técnicas substantivas e adequadas, acabam por se tornar absolutamente frágeis do ponto de vista de seu impacto. Quer por serem formuladas de maneira isolada, sem considerar as necessárias interações entre os diferentes campos de abrangência das políticas sociais entre si e principalmente, com a política econômica, quer simplesmente porque não são implementadas. Concorrem para tanto, dificuldades das mais diferentes ordens, sendo talvez a mais importante, a insuficiência ou mesmo inexistência de uma correlação de forças políticas favoráveis para tanto.

Um exemplo é encontrado na política de saúde vigente. A partir da Constituição de 1988, a política de saúde, corporificada no Sistema Único de Saúde(SUS), apesar de representar importante avanço no setor, enfrenta até hoje uma série de dificuldades

político-institucionais, para sua efetiva implementação. Dentre elas, a falência de suas fontes de financiamento, a inexistência de uma real integração entre as esferas federal, estadual e municipal e conseqüentemente, de um comando único para toda a rede de serviços, segundo o nível de governo. Como resultado imediato, a rede permanece sucateada, desorganizada, desarticulada, iníqua e oferece pouca resolutividade para os problemas de saúde que enfrenta. Há por um lado, uma duplicidade de papéis desempenhados pelos serviços e por outro, uma ausência de ações necessárias, tendo em vista as necessidades de atendimento da população.

Outra explicação para a crise atual, reside na atual estrutura de gasto do país. Observa-se que mais da metade dos recursos do orçamento nacional, estão comprometidos com o pagamento dos juros das dívidas externa e interna, pouco restando assim, para investimentos internos, fundamentalmente nas áreas sociais (TOBAR e REIS, 1993). Estes dados foram apresentados mais detalhadamente em matéria publicada no Jornal do Brasil⁽⁷⁾. Segundo a matéria, o então ministro de Planejamento informava que do Orçamento Geral da União para 1993, 62,2% seriam consumidos pelos juros, encargos e amortizações das dívidas externa e interna. Os 37,8% restantes destinados aos gastos do governo propriamente dito, com o pagamento do funcionalismo, das outras despesas de custeio e com investimentos.

Além disso, possivelmente contribui para tal situação, a própria definição política do governo sobre sua agenda de prioridades, ou seja, quais serão na realidade, as áreas que receberão maiores investimentos. O setor saúde historicamente não tem sido considerado prioritário.

Porém, existem também causas consideradas como organizacionais, apesar de em grande parte, serem determinadas pelas estruturais (MALIK e VECINA, 1991).

As organizações de saúde são por vezes ineficientes, ao utilizarem mal os recursos

7 - Matéria de Regina Zappa intitulada "A Fonte e o Ralo", coluna Coisas da Política, publicada em 21/06/93 no Jornal do Brasil, RJ.

existentes e também ineficazes, não alcançando os resultados esperados. Aliás, dificilmente poderiam alcançá-los, pois há também, pouca clareza de seus objetivos, bem como da rede de serviços como um todo. Malik e Vecina(1991) identificam como consequência imediata da não fixação de objetivos claros, a inexistência de um referencial de longo prazo, o que leva as organizações *"a se moverem de acordo com orientações pontuais ... ao sabor das crises da administração do cotidiano."*

A rotina gerencial fica assim consumida, por uma lógica imediatista onde o que prevalece é a tentativa nem sempre exitosa, de resolver uma quantidade infundável de problemas emergenciais(embora isto também faça parte do trabalho gerencial), sem conseguir sequer hierarquizá-los, segundo prioridades relacionadas aos objetivos organizacionais.

Segundo Motta(1979), as organizações e seus gerentes defrontam-se com uma série de dificuldades inter-relacionadas e decorrentes da pouca clareza de objetivos. A primeira consequência se manifesta na lentidão do processo decisório. A cada decisão a ser tomada, torna-se necessário construir uma estrutura de referência, o que obviamente, consome tempo e recursos. A segunda consequência reside no fato da organização tender a identificar a sua sobrevivência como seu objetivo central. A ênfase se desloca para os processos e meios internos, que passam a se constituir em critérios exclusivos, na tomada de decisão. Tal situação, acirra também a disputa interna entre os diferentes setores organizacionais pela alocação de recursos. A terceira consequência é a constituição de um estado organizacional de irresponsabilidade quanto aos objetivos a serem alcançados. Seu sistema de avaliação e controle está focalizado nas normas, regras e tradições internas. Nas palavras de Motta(1979),

"qualquer chefe pode ser responsabilizado por cumprir ou não uma regra ou norma, mas dificilmente pode ser responsabilizado por atingir ou não uma meta ou um prazo".

A quarta consequência é resultante de todas as anteriores. A organização, ao

voltar-se para si própria, enfatizando seus padrões internos de eficiência, em detrimento dos padrões de eficácia e efetividade externas, se distancia de seus clientes/usuários. Deixa assim, de cumprir sua função precípua como uma organização pública - a de prestar serviços e produzir bens que visem o bem estar social através da satisfação das necessidades coletivas.

Mediante tais considerações, evidencia-se a necessidade de definir objetivos para as organizações e de sua importância para o trabalho gerencial.

Segundo Motta(1991), um bom desempenho gerencial requer as seguintes habilidades: 1) "*cognitiva*", relacionada à utilização do conhecimento existente no campo administrativo sobre "*definição de objetivos,...formulação de políticas, estrutura, processos, técnicas...*"; 2) "*analítica*", associada à capacidade de caracterizar as diversas situações organizacionais e do ambiente, identificando suas variáveis fundamentais a fim de encontrar "*novas soluções, objetivos, prioridades e alternativas de ação*"; 3) "*comportamental*", que diz respeito à capacidade de interação com os indivíduos, a fim de obter respostas "*mais consistentes com objetivos de eficiência, eficácia...*"; 4) "*de ação*", relacionada à "*capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja transformar objetivos, valores e conhecimentos em formas efetivas de ação*". Esta é dentre todas a mais importante. As demais auxiliam a construção de uma ação gerencial mais eficaz.

Observa-se portanto, que em quaisquer dimensões das habilidades gerenciais de Motta(1991), a questão dos objetivos encontra-se presente. Assim, compreender o processo de definição e implementação de objetivos de uma organização é de importância fundamental para seus dirigentes, e por que não, para todos aqueles que são seus usuários e/ou nela trabalham.

Aqui reside então, a principal razão para a escolha do tema e o propósito central desta dissertação. Elucidar o processo de definição e implementação do perfil assistencial, aqui compreendido como os objetivos do hospital, trazendo à superfície o

quanto é complexo este processo numa organização pública de saúde, e o quanto é necessário que se defina objetivos para ela. Principalmente, considerando que seus objetivos e ações devem estar articulados e integrados de forma complementar com os objetivos e ações de outras unidades de saúde da rede de serviços.

A discussão teórica no campo dos objetivos organizacionais evidencia que este é um dos temas *"mais escorregadios e traiçoeiros dentre aqueles empregados pelos analistas organizacionais"*(SCOTT,1981). Diferentes concepções alimentam, enriquecem, mas também dificultam a compreensão sobre o que sejam objetivos organizacionais e como se dá sua definição. Algumas indagações estão colocadas. Os objetivos são da organização ou das pessoas? São únicos ou múltiplos? São categorias fixas ou dinâmicas? A definição de objetivos antecede ou precede as ações organizacionais? Ocorre considerando o ambiente onde se insere a organização ou sem considerá-lo?

Entender portanto, a complexidade deste processo a partir de uma perspectiva mais compreensiva do que prescritiva, mais abrangente e totalizadora da organização, poderá contribuir para uma atuação gerencial mais eficiente e eficaz, nos seus diferentes níveis, no interior da organização e do Sistema de Saúde. Embora considerada *"como extremamente ambígua e repleta de dualidade"*(MOTTA,1991), uma das mais importantes funções gerenciais, constitui-se em dar direção à organização através da definição e redefinição de objetivos e de estratégias para implementá-los.

A escolha de um hospital, como objeto deste estudo, reflete a destacada importância deste tipo de organização dentro da rede de serviços de saúde e se ajusta às observações de vários autores(THOMPSON,1976), em considerá-lo como uma das organizações mais complexas.

Finalmente, a opção pelo Hospital Raphael de Paula e Souza é justificada, por se constituir num bom exemplo, cujo relato histórico posterior explicitará, da complexidade que reveste o processo de definição e implementação de objetivos, numa

organização pública de saúde, considerando-se ainda, quais são seus condicionantes e que consequências podem advir deste processo.

1.3 - METODOLOGIA

O estudo do processo de transformação do perfil assistencial do Hospital Raphael de Paula e Souza, constitui-se num estudo acerca da identificação e implementação de objetivos organizacionais.

Para focalizar esta questão faz-se necessário explicitar a concepção de organização que está subjacente à discussão. Diferentes compreensões acerca do que seja uma organização e de sua dinâmica, conformam entendimentos distintos do que sejam objetivos organizacionais e conseqüentemente, de seus processos de constituição e implementação. Estará sendo enfatizado portanto, apenas uma das cinco dimensões organizacionais apresentadas por Daft(1992)(8).

Assim, foi realizada uma revisão bibliográfica no campo das organizações e seus objetivos, com a finalidade de construir um quadro de referência, ou seja, uma forma de organizar o pensamento, a partir do qual o processo de transformação do Hospital será analisado.

A produção científica existente nesta área é bastante vasta. Sem dúvida, o mapeamento realizado neste trabalho é limitado e arbitrário. Foi impossível considerar boa parte das contribuições já produzidas, quer pelo limite de tempo, quer pelo limite da capacidade humana de absorver e processar informações.

A segunda parte apresenta um estudo de caso, realizado com base numa pesquisa documental e bibliográfica, para o qual foram utilizados relatórios e documentos oficiais do Hospital, do Ministério da Saúde e de outras organizações, inseridas na mesma área de localização do Hospital. O período considerado foi de 1951 e 1993, ou

8 - Segundo o autor a partir de uma adaptação do modelo de Jay R. Galbraith, são dimensões organizacionais: " 1 - o tamanho da organização, que se reflete na sua magnitude, no número de pessoas que nela trabalham; 2 - a tecnologia utilizada ou seja a natureza de seu processo de produção; 3 - o ambiente, que inclui todos os elementos fora dos limites da organização; 4 - os objetivos e estratégias que definem o escopo das ações e relações para dentro e fora da organização; 5 - a cultura organizacional considerada como o conjunto de valores, crenças, compreensões e normas compartilhadas pelos seus componentes."

seja, desde a inauguração do Hospital como um Sanatório(9), até um momento recente de sua história, como hospital geral(10).

Segundo Kindig(1989), o estudo de caso é um método que pressupõe a descrição detalhada de uma situação real ou fictícia que pode ser utilizada para ilustrar algum princípio teórico, ou então a descrição de problema(s) organizacional(is) sobre o(s) qual(is) o gerente precisa intervir.

Geralmente os estudos de caso são utilizados para situações onde quer se descrever o "como" e o "porque", e quando o foco é um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real(YIN,1986).

Embora Gil(1988), apresente outros procedimentos de coleta de dados num estudo de caso, como a entrevista, a observação e a história de vida(11), neste trabalho não foram utilizados outros métodos de coleta de dados, além do levantamento bibliográfico e documental já mencionados, e de contatos pessoais realizados com alguns dos ex-diretores do Hospital e com o atual. Certamente, a não utilização de outros procedimentos constitui-se numa limitação do trabalho.

O caso descrito, bem como sua análise, necessariamente representam uma visão parcial da realidade. Por um lado por estar impregnado da visão de mundo de quem o descreve e analisa, e por outro porque " *a realidade social só se apreende por aproximação*"(MINAYO,1992). Ainda segundo Minayo(1992), ao citar Lenin, reafirma que a realidade é

"mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que possamos ter sobre ela. Pois o pensamento tende a dividir, a separar, a fazer distinção sobre momentos e objetos que se nos apresentam."

A partir da compreensão do mundo social como um processo intrinsecamente

9 - Na época, denominação utilizada para os hospitais especializados em fisiologia.

10 - Denominação utilizada para os hospitais que desenvolvem atividades em outras especialidades médicas, além das clínicas básicas(clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica).

11 - Para maiores informações sobre os referidos procedimentos, ver Minayo, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde, SP-RJ, Hucitec-Abrasco, 1992.

dinâmico, como algo potencialmente a ser transformado, e do entendimento de que os acontecimentos sociais são históricos pois se inserem num espaço e tempo determinados, os resultados encontrados neste trabalho devem necessariamente ser considerados como provisórios(MINAYO,1992). Além disso, não são a princípio, representativos e nem generalizáveis para outras organizações públicas do setor saúde.

Wahrlich(1986) ao ressaltar a importância das metodologias qualitativas para se analisar as organizações se utiliza das conclusões de Caravantes(12). Este autor afirma ser um imperativo, a utilização de instrumentos mais qualitativos de coleta de dados, tais como a entrevista, a análise de documentos oficiais, etc., nos estudos dos processos organizacionais. Este por sua vez, cita ainda Selznick, para reforçar sua opinião:

"O estudo das instituições é, em muitos aspectos, comparável ao estudo clínico das personalidades. Requer uma abordagem de desenvolvimento, que dá ênfase às origens históricas e aos estágios de crescimento. Há necessidade de que a empresa seja vista como um todo, de que se veja como a mesma se transforma, na medida em que evoluem novas maneiras de se lidar com um ambiente em mudança"(13).

12 - Ver Caravantes, Geraldo R. Mudança e Avaliação de Estratégias de Renovação Institucional, Porto Alegre, Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1982.

13 - Ver SELZNICK, Philip. Leadership in Administration, Boston, Little, Brown, 1972, p.xvi.

2 - SOBRE OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS: O QUE SÃO? COMO SÃO DEFINIDOS?

É bastante comum, quando pensamos, observamos, analisamos e principalmente gerenciamos uma organização, vir à nossa mente a seguinte questão: quais são os objetivos desta organização? Parece, a princípio, bastante simples responder. No entanto, dependendo de quem responder, se seus dirigentes, seus funcionários, seus usuários ou mesmo, outras organizações de seu ambiente externo, poderemos obter respostas diferentes.

A leitura da produção teórica no campo dos objetivos organizacionais, evidencia que este é um dos conceitos mais problematizados na literatura organizacional. Cada uma das diferentes concepções teóricas sobre a natureza das organizações, fornece uma definição particular sobre objetivos organizacionais e seu processo de formulação.

No entanto, é inegável reconhecer a necessidade de uma compreensão mais adequada sobre este tema, já que uma organização só existe em função de seus objetivos, que são a sua razão de ser, particularmente considerando as organizações públicas, que têm a cumprir ao menos teoricamente, um papel social de forma mais evidente.

Não fossem os objetivos a razão da existência das organizações, não haveria motivo para nelas reunir pessoas, desenvolvendo determinadas atividades, numa combinação de esforços e recursos, para produzir algum bem ou serviço. Como assinala Marinho(1990), as pessoas não estão reunidas numa organização em função de seus laços afetivos, como ocorre principalmente, nas "*relações comunais*"(1), onde o

1 - O termo "relações comunais" é retirado do trabalho de Richard Hall. Organizations - Structure and Process, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1972. O autor se utiliza dos conceitos de Max Weber para fazer uma distinção entre relações associativas e comunais, considerando que as primeiras ocorrem em organizações e as segundas em outras entidades sociais, tais como a família.

"prazer intrínseco à própria relação é um fim em si mesmo". A rigor, nem nas famílias, que são utilizadas por Hall(1972) como exemplo deste tipo de relação, é apenas o prazer que a justifica; certamente, razões de outra natureza também existem.

Podemos assim, dizer que os objetivos constituem-se em importante dimensão das organizações. Diferentes autores lhes atribuem inúmeras finalidades. São utilizados como critério para estruturar a maior parte das atividades da organização(MARINHO,1990). Podem também ser considerados como fonte de legitimação (ETZIONI,1984) da organização perante à sociedade de maneira geral, e em particular, frente às agências de financiamento responsáveis pela sua manutenção e desenvolvimento. São por outros, considerados como fonte de identificação e motivação dos integrantes da organização(SCOTT,1981). São também utilizados como insumos para o processo decisório, como critérios de produção e seleção de diferentes alternativas de curso de ação(SCOTT,1981; MARINHO,1990). Podem também ter a função, de critérios de avaliação do desempenho da organização e dos indivíduos. Para outros, têm ainda, o significado de meras justificativas dadas posteriormente, à tomada de decisões(SCOTT,1981).

Porém o que são objetivos da organização? Quem os define? Existe consenso entre os membros de uma organização quanto aos seus objetivos? Ou coexistem diferentes objetivos? O ambiente influencia a definição destes objetivos? Uma vez definidos perpetuam-se ou devem ser permanentemente revistos?

Para cada uma das diferentes perspectivas teóricas no campo das organizações teremos compreensões diversas quanto às questões formuladas. Consequentemente, a discussão sobre objetivos organizacionais será aqui realizada simultaneamente, à apresentação das diferentes concepções teóricas sobre as organizações, pois a compreensão de qualquer dimensão da organização(entre as quais estão os objetivos), está intrinsecamente associada, à visão de organização da qual se parte.

É vasto e controverso o campo das contribuições teóricas para a análise das

organizações. A controvérsia na análise das organizações se explica pelos múltiplos olhares que sobre elas se concentram. Como objeto das Ciências Sociais, elas se constituem em alvo de interesse de diversas áreas de conhecimento, como a sociologia, a economia, a antropologia, a ciência política e a psicologia social⁽²⁾. Diferentes áreas de especialização, quando observam o mesmo objeto, tendem a escolher de forma exclusiva ou ao menos enfatizar, determinados aspectos daquele objeto, ao invés de observá-lo na sua totalidade. Estes diversos olhares alimentam um debate teórico acerca da natureza e dinâmica de funcionamento das organizações, bem como sobre como gerenciá-las, que oscila entre as questões a seguir apresentadas.

São as organizações um sistema de atividades estruturado de forma racional, sendo seus membros meras partes destas máquinas? Ou são um sistema político, construído e reconstruído socialmente, num processo contínuo, no qual as ações de seus integrantes tem um significado subjetivo, fruto de suas expectativas, experiências e interesses e portanto, intencionalmente direcionadas? As organizações devem ser consideradas como um sistema fechado, explicado por si próprio? Ou como um sistema aberto que se relaciona com seu ambiente? As mudanças organizacionais devem ser consideradas como meras adaptações internas e reações aos imperativos ambientais? Assemelham-se as organizações aos organismos vivos que funcionalmente buscam um equilíbrio interno? Ou as mudanças devem ser consideradas como escolhas internas, ativamente determinadas pelos seus componentes?

Ao observarmos a literatura disponível no campo das organizações, podemos constatar que diferentes correntes teóricas ou mesmo diferentes autores, apresentam múltiplas definições sobre a natureza das organizações, bem como tratam de ressaltar aspectos diversos de suas dimensões. Tal característica nos leva a supor, que a produção teórica neste campo e as conceituações consequentes sobre as organizações

2 - Segundo José Arthur Rios, além das disciplinas mencionadas, também compõe o corpo das Ciências Sociais, a demografia, e para alguns autores, a geografia humana, e certos aspectos da linguística e da criminologia.

Ver Dicionário de Ciências Sociais, RJ, 2ª edição, Fundação Getúlio Vargas, 1987.

são, em última instância, *"uma arbitrariedade definida pelo foco de interesse"* (GEORGIU, 1981).

Para efeito de sistematização destas contribuições teóricas, trataremos de agrupá-las de forma esquemática, a fim de chamar atenção para os aspectos que, neste estudo são considerados importantes a uma adequada compreensão do que sejam objetivos organizacionais. Constituem-se em diferentes perspectivas, que apresentam lógicas distintas de explicação sobre a operação das organizações. Uma não substitui a outra, e muito menos a exclui, apesar de apresentarem-se em certa medida, como oposições. Ao contrário, devem ser compreendidas, a partir de uma visão de acréscimo e complementação, e porque não, de entrelaçamento e coexistência explicada dialeticamente.

Analisando internamente cada uma das perspectivas, é possível identificar que cada uma contém em si, contribuições e limitações, como se fossem lados opostos de uma mesma moeda. Comparando uma perspectiva com a outra, observa-se que a limitação de uma, é superado por outra, constituindo-se assim, na contribuição desta, que por sua vez, também apresenta limitações, que são tratadas por uma terceira. Sendo assim, a composição destas contribuições poderá possibilitar uma compreensão teórica mais rica e por consequência, com maior potencial explicativo sobre um dos mais complexos e contraditórios fenômenos sociais: as organizações.

Ao construir um esquema de classificação destas contribuições, necessariamente incorre-se em alguma simplificação. Primeiramente, porque é humanamente impossível contemplar todas as correntes teóricas existentes no campo das organizações. Além disso, porque ao escolher determinadas contribuições, são selecionados determinados aspectos da realidade em detrimento de outros, deixando assim, de considerá-la na sua totalidade.

Justamente pelo limite de se trabalhar com modelos, os quais não tem possibilidade de reproduzir a realidade, é preciso dizer, que os autores considerados e suas

contribuições, não se enquadram exclusivamente numa só categoria. Sendo assim, a inclusão de um autor, ou mesmo de uma corrente teórica, numa ou noutra perspectiva, foi realizada considerando-se a característica de maior ênfase de seu trabalho, o que significa dizer que, algum autor ou corrente teórica poderá conter também as características de outras perspectivas.

O primeiro aspecto a ser destacado, é a compreensão de organização como uma coletividade que busca alcançar objetivos da forma mais racional possível, como um meio de consecução de objetivos, um instrumento que deve operar segundo uma racionalidade instrumental, ou seja, submetido a uma lógica de eficiência que permeie o conjunto de ações humanas ali desenvolvidas, tendo em vista atingir determinados fins. Significa dizer que uma organização deve buscar permanentemente, a forma mais eficiente de alcançar seus objetivos.

Outro aspecto a ser ressaltado, refere-se a compreensão da organização como um organismo vivo que possui necessidades a serem satisfeitas e para tanto, estabelece relações de interdependência recíproca e funcional⁽³⁾ entre suas partes e com o ambiente em que está inserido, a fim de lutar pela sua sobrevivência. Pressupõe-se a existência de um equilíbrio e harmonia internos, que são permanentemente buscados.

Mais um aspecto a ser considerado, refere-se à compreensão da organização como um sistema político, ou seja, um sistema que está permeado e é o resultado das ações humanas politicamente orientadas. O homem é um ser político e suas ações são explicadas, segundo esta perspectiva, a partir dos significados, das experiências, das expectativas e dos interesses que as fundamentam. A ação humana neste sentido, é intencionalmente direcionada. A organização é compreendida como expressão das

3 - Interdependência recíproca é aquela que se estabelece entre as partes, submetidas a uma situação tal, que o resultado da produção de uma parte, seu produto, torna-se insumo para a produção de outra parte e assim sucessivamente para todo o sistema.

Ver THOMPSON, James D. Dinâmica Organizacional, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

Interdependência funcional é aquela que se estabelece entre as partes, onde sob circunstâncias normais, uma parte trabalha para todas as outras.

Ver Morgan, Gareth. Images of Organization, New Delhi, Sage Publications Inc., 3a ed, 1991.

relações sociais que ali se manifestam e como uma realidade em permanente transformação. Nesta perspectiva, os indivíduos e a organização são considerados, de forma metafórica, como atores que desempenham diferentes papéis numa peça, ou como jogadores que assumem diferentes posições num jogo(ALLISON, 1981).

Por último, importa reafirmar a visão de organização como um fenômeno complexo, ambíguo e paradoxal(MORGAN, 1991), que para ser apreendido, não na sua totalidade de fato, mas na totalidade possível, requer a utilização de múltiplas percepções da realidade. É uma perspectiva que busca integrar as diferentes possibilidades de compreensão da organização.

Portanto, neste estudo, a discussão acerca da organização e de seus objetivos, será realizada a partir das perspectivas racional, natural, política e de integração. Para cada uma delas serão apresentadas as respectivas concepções sobre a organização, sobre o que sejam objetivos organizacionais e quais fatores condicionam sua determinação. Outras classificações relativas às diferentes perspectivas teóricas no campo dos objetivos organizacionais são encontradas na literatura(4) e informaram a tipologia utilizada neste estudo.

4 - Para tanto, ver MARINHO, Maria de Saete Correa. A Questão dos Objetivos nas Organizações, RAE, 30(2), SP, 1990; e GEORGIU, Petro. The Goal Paradigm and Notes Toward a Counter Paradigm in FERREL, Mary Zey and AIKEN, Michael. Complex Organizations: Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.

2.1 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA RACIONAL

O conceito de organização, está geralmente associado a um significado instrumental, em parte advindo da sua própria origem. A palavra organização é derivada do termo grego **organon**, que pode ser compreendido como instrumento(MORGAN, 1991).

Nesta perspectiva, a organização é considerada como um instrumento racionalmente desenhado para alcançar objetivos pré-definidos. De acordo com os objetivos, as tarefas e atividades são estruturadas, segundo uma racionalidade técnica ou instrumental, ou seja, da maneira mais racional, para que os fins sejam atingidos, com uma eficiência máxima.

Os arranjos e decisões organizacionais estão direcionados no sentido de assegurar que a organização seja cada vez mais racional na busca de seus objetivos. O pressuposto desta racionalidade e portanto, sua ênfase, reside na forma como estes objetivos deverão ser alcançados, na otimização dos meios, e não nos fins(SCOTT, 1981).

A racionalidade dos meios, por sua vez é alcançada, através da formalização das relações que se estabelecem na organização. A formalização é compreendida como um conjunto de regras, precisa e explicitamente estabelecidas, que tentam moldar o comportamento dos indivíduos nas suas relações de trabalho. Segundo Scott(1981),

"a formalização pode ser vista como uma tentativa de tornar o comportamento mais previsível pela padronização e regulamentação" ou "... de tornar mais explícita e visível a estrutura das relações..."

que se estabelecem na organização, através dos organogramas e dos fluxogramas de trabalho. Aqui, são explicitadas as responsabilidades e tarefas esperadas para cada um

dos integrantes da organização. Supostamente, se cada uma das diferentes partes e pessoas da organização tem explicitamente definidas e demarcadas suas tarefas, ações e relações, através de regras, regulamentos, normas, fluxos, organogramas e outros, haverá a harmonia necessária para o funcionamento mais eficiente da organização e conseqüentemente, para o alcance de seus objetivos. A preocupação maior está direcionada para os aspectos e arranjos formais da organização, como um instrumento a serviço da racionalidade.

Há nitidamente uma ênfase no controle e na predeterminação do comportamento humano, de modo a canalizar e controlar as ações humanas em direção ao alcance dos objetivos organizacionais(SCOTT, 1981). Conseqüentemente, há também uma tendência à centralização no processo de tomada de decisões.

O trabalho a ser realizado fica previsível a ponto de tornar-se mecânico e repetitivo, como se a organização fosse uma máquina, que realiza repetidas vezes, as mesmas diferentes tarefas, para alcançar um determinado fim.

A organização assim, é considerada como um conjunto de partes que se relacionam, segundo uma ordem predeterminada e uma relação de interdependência, onde o papel de cada uma é desenvolver o trabalho que lhe cabe, num ajustamento permanente, tendo em vista assegurar o aumento da eficiência do todo. A interdependência existente, refere-se à situação onde as partes, ao realizarem suas atividades, contribuem numa relação direta com o todo. Este por sua vez, também contribui para o desenvolvimento das tarefas de cada parte. Ou então, à situação em que uma parte, para desenvolver seu trabalho, necessita que outra parte do sistema já tenha realizado o seu trabalho. Não há necessariamente uma relação de reciprocidade na interdependência aqui considerada. É o que Thompson(1976) denomina respectivamente, de "*interdependência reunida e sequencial*", características da perspectiva racional.

A organização constitui um sistema fechado voltado para si próprio, para sua

crescente eficiência. Segundo Thompson(1976), a perspectiva racional se utiliza enfaticamente de uma "*estratégia de sistema fechado*" para desenvolver uma análise da organização. Significa dizer, que considera apenas os aspectos deliberadamente escolhidos e relacionados à dimensão interna da organização, os quais são relativamente controláveis, previsíveis e isolados do ambiente externo.

2.1.1 - NA ABORDAGEM CLÁSSICA

Os pressupostos da perspectiva racional estão alicerçados principalmente nos estudos de Frederick W. Taylor, Henri Fayol e Max Weber, respectivamente conhecidos, como a Gerência Científica de Taylor, os Princípios Administrativos de Fayol, e o estudo da burocracia de Weber (THOMPSON, 1976; SCOTT, 1981)(5).

Estes autores tiveram como preocupação central, dar respostas às novas exigências (Taylor e Fayol) e entender os condicionantes (Weber) das organizações, surgidos a partir do processo de industrialização. Estudar a nova forma de organização do trabalho introduzida, quais deveriam ser as funções dos dirigentes destas novas empresas, e compreender as características das organizações burocráticas que se conformavam neste contexto, eram respectivamente os temas centrais das contribuições teóricas de Taylor, Fayol e Weber.

Taylor e seus seguidores, se detiveram na análise científica do processo de trabalho, através do estudo dos tempos e movimentos. A eliminação de movimentos desnecessários diminuiria o tempo gasto na realização das atividades, aumentando consequentemente, a produtividade. Tentava assim, desenvolver a melhor maneira de realizar uma tarefa, aquela onde um mínimo de recursos fossem consumidos, alcançando resultados máximos. O objetivo era determinar a produção padrão, fator fundamental para a introdução de critérios que permitissem seu controle. Alcançar a produção padrão ou mesmo extrapolá-la, era o caminho para alcançar a eficiência máxima, crucial para a competição instaurada com o processo de industrialização. Para

5 - Marinho utiliza uma tipologia de classificação de perspectivas teóricas sobre objetivos organizacionais, onde na perspectiva mecanicista considera as contribuições dos autores Taylor, Fayol e Weber.

Ver MARINHO, Maria de Saete. op. cit.

Morgan ao utilizar a metáfora da máquina como um recurso para compreender as organizações, considera que as origens desta visão residem nos estudos de Taylor, Fayol e Weber.

Ver Morgan, Gareth. op.cit.

tanto, era também necessário um adequado treinamento do funcionário, a fim de garantir a realização da tarefa da forma previamente definida. O homem considerado como uma peça desta máquina, facilmente se ajustava a seus propósitos. Tal entrosamento seria garantido por um rígido sistema de controle e de incentivos materiais, associados à sua produtividade. O foco de sua análise era o nível operacional, o local onde a produção se realizava.

Fayol, embora enfatizando outro aspecto da organização, complementa o trabalho de Taylor. Taylor buscava a racionalidade no nível operacional, Fayol, no nível gerencial. Sua preocupação residia em identificar quais deveriam ser as principais funções dos dirigentes de uma organização. Identificou assim, que para garantir o adequado funcionamento da organização, tendo em vista a produtividade máxima, os dirigentes deveriam estar voltados para as atividades de planejamento, organização, comando, coordenação e controle da organização como um todo. Haveria uma maneira ótima de organizar o trabalho como um todo, segundo alguns princípios por ele identificados como fundamentais, também voltados para os aspectos formais da organização. Especificar cuidadosamente as atividades, agrupando-as em setores, departamentos, etc., e definindo claramente as relações de mando entre eles. Ou seja, cuidar da necessária divisão e especialização do trabalho, estabelecendo uma adequada hierarquização da autoridade entre os diferentes setores da organização, garantindo a unidade de comando e a centralização das decisões, são alguns dos princípios de Fayol. Para muitos estudiosos organizacionais, os estudos de Taylor e Fayol, conformam uma abordagem clássica das teorias organizacionais.

Embora ele não fosse um defensor do tipo de organização preconizada por Taylor e Fayol, os estudos de Weber vieram complementar as contribuições daqueles autores e de seus seguidores no campo das organizações. Weber, sequer estava preocupado, a princípio, em estudar as organizações. Sua atenção direcionava-se para análise e entendimento, de uma das mais marcantes características, por ele identificada, da

sociedade ocidental - a crescente racionalidade de seus sistemas econômico, político, religioso, legal e de suas estruturas administrativas (SCOTT, 1981). A nível do sistema administrativo, esta tendência manifestava-se pela proliferação de formas burocráticas de organização. Burocracia, para ele definida, como uma forma de organização que enfatiza a eficiência, a divisão do trabalho, a hierarquia, as regras e regulamentos como guias de ação, a qualificação técnica como critério de seleção, dentre outros elementos(SCOTT, 1981; MORGAN, 1991). Weber, diferentemente dos autores anteriores, não advogava esta forma de organização; ao contrário, estava preocupado com as consequências sociais advindas da crescente burocratização da sociedade(MORGAN, 1991).

A produção teórica de Taylor, Fayol e Weber é, sem dúvida, aquela que melhor caracteriza a perspectiva racional. No entanto, outros autores como Simon(apesar de sua contribuição também apresentar algumas características da perspectiva natural ou mesmo política), será aqui também considerado, pela ênfase do seu trabalho, em compreender a organização como um instrumento de obtenção de objetivos(6). Etzioni(1984) ao comentar sobre o trabalho de Simon, diz que,

"o centro do seu estudo continua a ser, fundamentalmente, a organização formal, o comportamento racional, a procura do instrumento da organização mais capaz de facilitar a realização de um conjunto de objetivos..."

6 - O trabalho de Simon é também considerado dentro da perspectiva racional pelos autores Richard Scott e Henry Mintzberg.

Ver Scott, Richard. Organizations, Rational, Natural and Open Systems, Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, Inc., 1981.

Ver Mintzberg, Henry. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, Inc., 1983.

2.1.2 - NA ABORDAGEM DE SIMON

Simon(1979) vê a organização como um fluxo contínuo de tomada de decisões, pois permanentemente enfrenta e resolve problemas. A cada problema enfrentado, decisões são tomadas. Para ele, gerenciar uma organização é fazer "*as coisas*" acontecerem, é fazer com que as pessoas realizem "*coisas*", porém não quaisquer "*coisas*". Interessa que sejam feitas aquelas definidas a partir de um objetivo e que contribuam para que este seja alcançado. Sendo assim, busca estabelecer uma sequência de passos necessários para que possa ocorrer uma decisão racional, não da melhor forma, como preconizavam os clássicos, mas sim, daquela que seja suficiente ou satisfatória.

Para Simon(1979), o processo de escolhas organizacionais está permeado por uma racionalidade constrangida pelas características e limitações humanas. Consequentemente, a eficiência máxima nunca é alcançada. Há portanto, uma relativização e uma compreensão mais ampliada do que seja racionalidade, quando comparada com aquela presente nos estudos dos autores clássicos. Para o autor, a racionalidade é a lógica que informa o comportamento humano quando seleciona alternativas de ação; esta lógica está associada a algum sistema de valores, de forma a permitir que as consequências advindas deste comportamento, possam ser avaliadas. Em função disto, a racionalidade precisa ser qualificada.

Embora considerando que o comportamento humano não é apenas determinado por aspectos formais da organização, Simon(1979) chama a atenção para estes aspectos no processo decisório. Ao estudar o processo de tomada de decisões na organização, formula uma "*teoria de escolha racional*", entendendo o processo de escolha humana, suas decisões, como "*o resultado de conclusões derivadas de premissas*". Dentre as premissas identificadas pelo autor, que influenciam e informam as decisões dos

indivíduos na organização, estão a autoridade, o processo de comunicação, a eficiência e os objetivos.

De acordo com Simon(1979), a autoridade da organização influencia a escolha de um curso de ação, na medida que pode impor determinados constrangimentos às decisões individuais. Segundo o autor,

"quando o indivíduo se decide por determinado curso de ação, é possível que algumas das premissas em que baseia essa decisão lhe tenham sido impostas pela autoridade que a organização exerce sobre ele."

Segue complementando que,

"...pode-se definir autoridade como o poder de tomar decisões que guiam as ações de outrem. É uma relação entre dois indivíduos, um superior, o outro subordinado."

O processo de comunicação refere-se a maneira pela qual se dá formal e informalmente, a produção e a transmissão das informações necessárias à tomada de decisão, e das deliberações tomadas nos centros decisórios, para a organização como um todo. A comunicação é considerada pelo autor, como uma das premissas que condicionam as decisões, pois para se tomar uma decisão racional é necessário ter acesso às informações apropriadas para tanto.

Para o autor, a eficiência, juntamente com os objetivos, são as premissas decisórias mais importantes existentes na organização. A eficiência é compreendida como a qualidade das ações que visam determinados objetivos, de serem as mais econômicas, e é entendida como inerente a todo comportamento racional. Portanto, o processo de escolha organizacional deve ser influenciado pelo critério de eficiência, permitindo assim, uma utilização racional dos recursos existentes na organização. Porém para Simon(1979) não existe a eficiência máxima e sim a possível, pois o comportamento humano apesar de ser *"intencionalmente racional"* é também, *"limitadamente racional"*.

Por último, os objetivos da organização também se constituem em critérios que

orientam as ações e informam as decisões. Para Simon(1979), os objetivos organizacionais estão relacionados a valores, sendo por ele denominados de "*fins últimos*". Na medida que os objetivos são valores que se deseja alcançar, a explicitação de sua definição acaba por ser feita de maneira demasiadamente genérica. Tomando como exemplo um hospital, o objetivo seria o tratamento dos pacientes. Por considerar definições com esta, extremamente vagas e imprecisas, o autor considera necessário identificar objetivos de forma mais operacional, de modo a permitir a mensuração do que foi alcançado. Assim sendo, Simon(1979) propõe o estabelecimento de uma "*cadeia de meios e fins*". A partir da identificação dos fins últimos, é estabelecido um conjunto de meios para alcançá-los; cada um destes meios, por sua vez, passa a constituir-se em novos objetivos, para os quais devem ser também identificados os meios específicos para alcançá-los. Desta maneira, é estabelecida uma "*hierarquia de fins*", de objetivos, onde "*cada nível é considerado como um fim em relação ao nível mais abaixo e como um meio em relação aos níveis superiores*". Cada novo objetivo definido a partir desta cadeia, é avaliado quanto à sua consistência e congruência em relação aos fins últimos.

Segundo Mintzberg(1983), a cadeia de meios e fins constitui-se num fluxo que percorre a organização de cima para baixo, pois "*os objetivos são emanados pelo nível hierárquico mais elevado e são elaborados e diferenciados pela unidades ou departamentos*". Simon(1979) reconhece entretanto, que este encadeamento entre atividade e objetivos, é por vezes incompleto, incoerente, podendo haver inclusive, "*contradições internas entre os objetivos últimos ou entre os meios para alcançá-los*". Para o autor, é justamente esta hierarquia limitada, "*o único traço de racionalidade*" observado no comportamento do indivíduo e da organização.

Inicialmente, o principal mecanismo de implementação dos objetivos é o exercício da autoridade, que impõe estas finalidades aos funcionários. Progressivamente, na visão de Simon(1979), estes valores são por eles interiorizados e incorporados às suas

atitudes. Ou seja, os funcionários assumem como seus, os objetivos organizacionais de prestação de serviços e sobrevivência, pressupondo assim, o estabelecimento de uma área de consenso organizacional. Desta forma, o indivíduo primeiramente, se submete aos objetivos organizacionais, para depois incorporá-los, constituindo assim, segundo o autor, *"uma personalidade organizativa, um tanto diferente de sua personalidade como indivíduo"*.

Para o autor, a organização tem vários objetivos, dos dirigentes, dos funcionários e dos usuários. Ao comentar sobre os objetivos organizacionais considera que,

"negar que pertence a qualquer um deles equivaleria a admitir a existência de alguma mente de grupo, uma espécie de entidade orgânica que paira acima dos seres humanos que a compõem."

No entanto, conclui que *"o objetivo da organização, é indiretamente um objetivo pessoal de todos os seus participantes"*, ou seja, admite que possam ser identificados objetivos consensuais.

O consenso de objetivos é possível porque para o autor, os principais objetivos da organização e de seus dirigentes, são a prestação de serviços e a sobrevivência. Consequentemente, existe uma proximidade entre os objetivos dos usuários e da organização. Os objetivos dos funcionários, embora não diretamente relacionados a nenhum deles, indiretamente são por eles determinados, pois estão relacionados às recompensas financeiras advindas de seu contrato de trabalho. Simon(1979) na verdade, adota uma perspectiva econômica para discutir os diferentes objetivos, por ele identificados na organização, *"os empresários buscam o lucro, os empregados buscam o salário e os clientes... a troca do dinheiro por produtos"*, desde que a preços por eles considerados como razoáveis. A sobrevivência da organização depende, dentre outros fatores, de um *"equilíbrio compensador"* entre os diferentes objetivos.

Para Simon(1979), os objetivos da organização são as *"premissas de valores que podem servir de insumos para as decisões"* e os objetivos dos indivíduos são por ele

denominados de "*motivos*", que são as causas, quaisquer que sejam, "*que levam os indivíduos a selecionar alguns objetivos preferivelmente a outros, como premissas para as suas decisões*"

Simon(1979) portanto, além de identificar os objetivos da organização com os de seus dirigentes(os que prevalecem, em última instância), reconhece que dentre estes, está incluída a eficiência, assim como considerava a abordagem clássica de organização. No entanto, o autor reconhece também enquanto objetivo, a preocupação com a sobrevivência organizacional. Ou seja, o autor acrescenta à visão puramente mecanicista da organização, uma abordagem mais orgânica, pois admite a organização como uma entidade que busca o equilíbrio interno a fim de sobreviver. A busca da sobrevivência por sua vez, impõe a permanente adaptação dos objetivos da organização "*aos valores mutáveis da clientela*". Desta maneira, considera ao menos, uma parte do ambiente externo, seus clientes, como um fator influenciador a ser considerado no processo de definição dos objetivos organizacionais.

No entanto, é possível reconhecer que apesar do seu trabalho apresentar alguns traços da perspectiva natural, ele é marcadamente impregnado por uma compreensão da organização, como um instrumento voltado para obtenção de fins específicos, e por uma evidente preocupação, em identificar detalhadamente, os passos necessários à tomada de decisões da forma mais racional possível, apesar de reconhecer a limitação da racionalidade humana. O processo de tomada de decisões organizacionais é a categoria central do trabalho de Simon(1979).

2.1.3 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em resumo, é importante acentuar algumas características relativas à compreensão do que sejam objetivos organizacionais e de como se dá seu processo de definição a partir da perspectiva racional.

De acordo com a compreensão de Taylor, Fayol e Weber, a organização tem objetivos predefinidos exclusivamente, pelos gerentes de nível hierárquico mais elevado na estrutura organizacional. Seja qual a for a natureza do processo de produção, o principal objetivo a ser atingido, é o alcance da eficiência máxima. Pressupõe-se que dirigentes e funcionários aspirem igualmente esta eficiência. Segundo esta visão, os indivíduos na organização, buscam única e exclusivamente preencher suas necessidades materiais, ou seja, são motivados por incentivos financeiros. Assim sendo, quanto mais eficiente, mais produtiva for a organização, serão também, satisfeitos os objetivos individuais. Portanto, não existe conflito de objetivos, eles são únicos e absolutamente claros. São também considerados aspectos auto-evidentes, facilmente identificáveis na organização. Os objetivos constituem-se em categorias fixas, predeterminados e antecedentes à estruturação da organização e portanto, não estão sujeitos à pressões internas ou externas para se modificarem. São definidos levando apenas em consideração, os aspectos internos da organização, desconsiderando assim e/ou relegando, o contexto social, político, cultural e tecnológico do ambiente no qual a organização se insere.

Na visão de Simon, os objetivos organizacionais também são definidos pelos seus dirigentes e constituem-se na prestação de serviços, na eficiência satisfatória e na sobrevivência organizacional. Embora reconheça a existência de vários e até conflitantes objetivos, relativos aos dirigentes, funcionários e clientela, acabam por prevalecer na organização, os objetivos dos dirigentes. Supõe a existência de um

consenso quanto aos objetivos, gerado através da aceitação por parte dos funcionários, e da identificação por parte da clientela.

Apesar de apresentar enfaticamente uma visão de organização como um sistema fechado, o autor reconhece que um fator do ambiente influencia o processo de definição de objetivos organizacionais - sua clientela. Assim sendo, não se constituem em categorias fixas, mas adaptáveis às demandas de sua clientela, tendo em vista a sobrevivência organizacional. No entanto, Simon não abandona o modelo da racionalidade, na verdade o sofisticada. O estabelecimento da cadeia hierárquica de meios e fins é a maneira proposta para alcançar a racionalidade.

Assim na perspectiva racional, em decorrência da visão de organização, exclusiva ou preponderantemente, como um instrumento que funciona de forma racional para alcançar objetivos predeterminados, destacam-se como objetivos da organização, a produção de bens e serviços, razão pela qual foi criada, e a eficiência. Não existe propriamente um processo⁽⁷⁾ de definição de objetivos organizacionais. Os objetivos de uma organização são definidos a princípio, por ocasião de sua criação e os ajustes posteriores que eventualmente sejam necessários, visam apenas aumentar a eficiência organizacional. É uma visão de organização e de objetivos como algo fixo e estático no tempo e espaço.

Segundo Mintzberg(1983), nesta perspectiva, o sistema de poder da organização é composto apenas pelos seus dirigentes que são também, as únicas pessoas a tomarem as decisões, e a organização tem um objetivo apenas, que é a sua eficiência. A organização, segundo o autor, é considerada *"como um indivíduo que age racionalmente"*.

Na perspectiva racional, os objetivos constituem-se em critérios de escolha entre diferentes atividades; de especificação das tarefas a serem desenvolvidas; de definição

7 - Processo pressupõe uma sucessão de estados ou de mudanças, uma transformação contínua no tempo e espaço. Estão implícitas as idéias de movimento, fluxo e mudança.

sobre como estas atividades serão estruturadas, ou seja, os objetivos antecedem e condicionam o desenho da estrutura organizacional. É também a partir da identificação dos objetivos, que são definidos os profissionais necessários à realização das atividades, bem como os recursos financeiros que serão alocados para o conjunto de atividades da organização. São também os elementos que orientam e impulsionam as decisões na organização(SCOTT, 1981).

2.2 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA NATURAL

A visão de organização como um sistema natural segundo Morgan(1991), nasce da tentativa de se estabelecer paralelos entre o funcionamento interno dos organismos vivos e o modo de operar das organizações. São então, realizadas analogias entre os componentes destes sistemas complexos. Assim, segundo o autor, as relações estabelecidas entre

"moléculas, células, organismos complexos, espécies e ecologia, são comparadas com aquelas que desenvolvem-se entre indivíduos, grupos, organizações, espécies de organizações e sua ecologia social."

Esta visão pressupõe que as organizações, assim como os seres vivos, realizam trocas de produtos entre os diferentes subsistemas que as compõem, bem como com o ambiente em que se inserem, a fim de sobreviverem.

O funcionamento das organizações, segundo esta perspectiva, é explicado a partir da idéia de uma funcionalidade entre as partes organizacionais e o todo, e deste com o ambiente. Esta compreensão é consequência da analogia com os seres vivos. Nestes, seus subsistemas estão funcionalmente integrados e unificados. Cada um de seus órgãos são subsistemas - o circulatório, o neurológico, o locomotor, o respiratório, o imunológico, etc. - trabalhando juntos, tendo em vista a homeostase do todo. Existe neste caso, uma tendência à estabilidade do meio interno do organismo, que é alcançada através do estabelecimento de mecanismos de auto-regulação entre suas variáveis essenciais e o ambiente. Desvios nos padrões de funcionamento determinam o início de ações que têm em vista a sua correção. O estado de equilíbrio e harmonia interna do ser vivo é a garantia de sua sobrevivência(MORGAN, 1991).

A organização segundo esta visão, da mesma forma que um organismo, é composta

por subsistemas que processam insumos advindos do ambiente, transformando-os em produtos, que podem constituir-se, tanto em novos insumos para outro subsistema, quanto serem imediatamente devolvidos para o ambiente, onde são consumidos. De igual maneira, cada um trabalha visando o funcionamento equilibrado do todo. Cada subsistema organizacional, assim como a organização em relação ao seu ambiente, está voltado para o atendimento de suas diversas necessidades de forma mutuamente aceitável. É subjacente a esta compreensão, um ideal da unidade funcional.

A partir desta suposição e concordando com a compreensão de Morgan(1991), a perspectiva natural compreende a organização como um organismo vivo que tem necessidades(1) a serem satisfeitas e que para tanto, estabelece relações recíproca e funcionalmente interdependentes entre seus diferentes subsistemas e o ambiente, visando fundamentalmente, a sua sobrevivência. Engloba portanto, tanto as contribuições das abordagens denominadas de Relações Humanas, Funcionalistas(2), e

1 - Segundo Frank E. Hartung, o termo necessidades pode ter três significados. O primeiro, originado da psicologia individual, também utilizado com o mesmo sentido pela sociologia e antropologia, refere-se à designação de alguma coisa requerida pelo bem estar físico, ou daquilo cuja falta levará a distúrbios internos que originam impulsos. Nesta perspectiva, a conduta humana é explicada pela satisfação destas necessidades básicas ou biológicas.

O segundo, utilizado na sociologia e antropologia, refere-se às exigências que a pessoa toma consciência, quando adquire valores que requerem a luta por certo objetivo, ou um determinado comportamento, numa dada situação. Esses valores são criados através da interação simbólica entre os indivíduos. O símbolo é maneira pela qual o indivíduo interpreta o significado das sensações que acredita estar experimentando. Nesta perspectiva, o componente socio-cultural antecede o biológico no que tange o comportamento humano.

O terceiro, utilizado na economia, refere-se a uma série de bens e serviços e outros que ao mesmo tempo satisfazem e estimulam essas necessidades.

Ver Dicionário de Ciências Sociais, 2a edição, RJ, FGV, 1987.

O termo "necessidades" organizacionais na perspectiva natural será utilizado com o sentido da primeira e terceira definições, ou seja como aquilo que se refere às funções básicas e biológicas do organismo ou como os insumos consumidos no processo de produção.

2 - Segundo Prestes Motta, a tendência funcionalista marcou a sociologia americana a partir dos estudos de Talcott Parsons. Outros autores, como Robert Merton, Alvin Gouldner, Philip Selznick e Peter Blau também compuseram esta tendência. O funcionalismo consolidou sua influência nos estudos organizacionais, através do estruturalismo (termo utilizado por Amitai Etzioni para denominar o funcionalismo) e da teoria de sistemas abertos.

Ver Prestes Motta, Fernando. Teoria das Organizações - Evolução e Crítica, SP, Pioneira Editora, 1986.

Segundo Roberto da Matta, o termo funcionalismo tem dois significados e usos nas Ciências Sociais. O primeiro refere-se à atitude diante dos fatos sociais, baseada no pressuposto que tudo que existe numa dada sociedade, tem um sentido, um significado. O segundo, que é aquele adotado neste estudo, refere-se a uma postura substantiva que pressupõe que tudo o que existe numa sociedade, contribui para o seu funcionamento equilibrado...; ou a teoria que pressupõe que tudo o que ocorre num sistema social contribui necessariamente para sua manutenção e equilíbrio, evitando-se posicionar ante as tensões, conflitos e contradições existentes em quaisquer sociedades.

Da Matta no entanto, alerta para a tendência equivocada de tomar-se esta doutrina de equilíbrio e consenso de uma forma

Contingenciais.

Existem, entretanto, outros esquemas classificatórios na literatura. Thompson(1976) e Scott(1981), consideram que a perspectiva natural se compõe das contribuições advindas da Escola de Relações Humanas, e da abordagem funcionalista. Georgiou(1981) e Marinho(1990) consideram no modelo natural apenas os estudos de tendência funcionalista.

Compreendendo a perspectiva natural da maneira apresentada, a noção de satisfação de necessidades do organismo vivo é o ponto de partida para a compreensão das organizações. Afinal, tanto elas como aquele, precisam atender às demandas de suas diferentes partes e componentes, para que possam alcançar um equilíbrio e um desempenho eficiente.

Desenvolvem-se então, três campos de preocupação com as necessidades organizacionais. Um, voltado para a compreensão e a satisfação das necessidades dos indivíduos na organização, assumidos como um de seus subsistemas; outro, direcionado às necessidades que são geradas no interior dos diferentes subsistemas organizacionais; um terceiro, interessado nas necessidades da organização satisfeitas por intermédio das relações estabelecidas com o ambiente.

exclusiva, ao analisar-se a produção teórica de determinados autores. Para o autor, num certo sentido, todas as explanações das Ciências Sociais são funcionalistas, mesmo aquelas que enfatizam o conflito, a mudança, e o dissenso, pois enfrentam necessariamente a institucionalização da luta e da tensão.

Ver Dicionário de Ciências Sociais, RJ, 2ª edição, Fundação Getúlio Vargas, 1987.

2.2.1 - NA ABORDAGEM DAS RELAÇÕES HUMANAS

Um dos campos de estudo sobre as necessidades da organização se localiza no âmbito das necessidades individuais. Os indivíduos têm necessidades complexas que devem ser satisfeitas, como condição para seu desempenho eficiente na organização. A partir daí, segundo Etzioni(1984), desenvolve-se o entendimento da importância da satisfação destas necessidades, para que haja um equilíbrio perfeito entre os objetivos da organização e os dos indivíduos(a satisfação de suas necessidades).

Retomando a analogia com os organismos biológicos, Morgan(1991) coloca que a idéia subjacente a esta nova forma de compreender a organização, é que *"os indivíduos e os grupos, como os organismos biológicos, operam mais eficientemente somente quando suas necessidades são satisfeitas."* Reconhece-se assim, a existência de outros objetivos na organização, além daqueles inicialmente definidos. Existem também os objetivos dos indivíduos, relacionados ao preenchimento de suas necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de auto-estima e auto-realização(3).

Segundo Morgan(1991) a organização busca satisfazer as necessidades individuais das seguintes maneiras: as fisiológicas, através do estabelecimento de salários e condições de trabalho seguras e agradáveis; as de segurança, assegurando planos de saúde e previdência, os direitos trabalhistas e os planos de carreira; as sociais, através de uma organização do trabalho que possibilite a interação com seus colegas, além do desenvolvimento de atividades esportivas e sociais; as de auto-estima, criando trabalhos

3 - A identificação destas necessidades advém da teoria de motivação de Abraham Maslow, segundo a qual o homem é motivado no sentido de satisfazer um conjunto de necessidades, de acordo com uma hierarquia de importância destas necessidades. Satisfeitas as necessidades de um dado nível, imediatamente surgem outras em seu lugar, que quando preenchidas, novas necessidades a serem satisfeitas deverão surgir. A busca da satisfação de tais necessidades é a principal motivação, segundo esta teoria, para o comportamento do indivíduo na organização.

Embora Maslow, identifique como necessidades humanas não apenas as biológicas, incorporando portanto, um sentido mais ampliado de necessidades(conforme 2a definição de necessidades apresentada no rodapé 1), já apresentada anteriormente, para ele, há uma antecedência e portanto uma predeterminação das necessidades biológicas em relação às socio-culturais, na explicação do comportamento humano.

que permitam mais realização, autonomia, responsabilidade e controle pessoal, e reconhecendo o bom desempenho através de prêmios e promoções. Finalmente, a satisfação das necessidades de auto-realização, se dá através de incentivos a um completo comprometimento do indivíduo com o trabalho, tornando-se assim, a mais expressiva dimensão de sua vida.

Embora reconhecendo a existência de diferenças entre os objetivos individuais e organizacionais, segundo esta visão, o conflito não acontece, porque o equilíbrio pode ser atingido, e para tanto deve ser intencionalmente buscado. A idéia central reside em estimular os indivíduos, para que desenvolvam sentimentos positivos em relação à organização. A organização deve ser vista como uma família, da qual o indivíduo se orgulha de fazer parte. Os objetivos da organização não só merecem seus esforços, como deles dependem. A organização em retribuição, oferece recompensas, propiciando que as necessidades individuais sejam satisfeitas. Assim, é importante desenvolver nos indivíduos, a crença de que trabalhar na organização, contribuindo para que alcance seus objetivos, traz em decorrência, a realização de seus objetivos/necessidades individuais.

A partir desta compreensão, torna-se necessário dar atenção aos aspectos relacionados à motivação humana no desenvolvimento das tarefas organizacionais. O desenvolvimento de idéias junto aos empregados, como a de ser importante e útil no trabalho, são compreendidas como elementos capazes de estimular um maior envolvimento dos empregados com o trabalho que realizam. Associam-se algumas iniciativas como, o enriquecimento das tarefas, por meio da concessão de maior autonomia, responsabilidade e reconhecimento, e uma gerência mais participativa, como forma de satisfazer às necessidades do indivíduo na organização. Desta maneira, é suposto o alcance do equilíbrio interno entre o indivíduo e seus objetivos e os objetivos organizacionais, condições necessárias para o funcionamento mais eficiente da organização.

Assim, não é mais somente o desenho formal da organização que deve ser considerado, para um funcionamento eficiente. Mas também, a satisfação das necessidades individuais e o modo como as pessoas buscam satisfazê-las. Importam portanto, as interações que se estabelecem por ocasião do trabalho que realizam. Nesse caso, são consideradas como as relações não planejadas e nem previstas, nas regras e manuais; são aquelas que se dão de forma espontânea, nas relações de amizade e afinidades que acontecem entre os seres humanos nos ambientes de convívio comum, tais como o ambiente de trabalho. São denominadas de relações informais e trazem à tona a existência de uma outra organização - a organização informal - resultante da operação da organização formal.

Segundo Scott(1981) a organização pode ser considerada,

"como um sistema orgânico impregnado por um forte sentido de sobrevivência, para manter a si próprio como um sistema. O desenvolvimento de estruturas informais é considerado como um importante meio para este fim."

Nesta visão, a organização é considerada como um sistema fechado, cujas necessidades são supridas dentro do seu próprio ambiente interno.

Compreende-se portanto, a partir da noção de necessidades, que os indivíduos que nela trabalham, não estão exclusivamente voltados para os objetivos de prestação de serviços e de funcionamento eficiente da organização, mas também, para aqueles relacionados ao atendimento de suas necessidades, diretamente associadas à sua sobrevivência. Surge desta maneira, a idéia de integração entre as necessidades individuais e organizacionais(Morgan, 1991).

Continuam sendo objetivos organizacionais a prestação de serviços inicialmente definida, quando criada a organização, e a eficiência. No entanto, reconhece-se a existência de outros objetivos presentes na organização: aqueles relacionados às necessidades individuais, que podem e devem ser satisfeitas na própria organização, para que esta possa alcançar seus objetivos primários.

O conjunto de elementos apresentados, que rediscute o comportamento humano e suas consequências, no funcionamento da organização, caracterizam o que se convencionou denominar, de Escola de Relações Humanas.

2.2.2 - NA ABORDAGEM ESTRUTURALISTA

Outra linha de preocupação com as necessidades organizacionais refere-se àquelas geradas no interior de suas diferentes partes, não se restringindo apenas, às relacionadas aos indivíduos. Nesse caso, as partes ou subsistemas são compreendidas como as estruturas de grupos ou de papéis existentes na organização(MARINHO, 1990).

Segundo a autora Marinho(1990),

"o conceito de sistema é...central à teoria funcionalista... o sistema e cada parte, ou subsistema, têm suas próprias necessidades ou requisitos funcionais a serem preenchidos, podendo cada parte contribuir ou não para a satisfação das necessidades do sistema. Se contribui, há uma função; se não, há uma disfunção. O problema reside então, na obtenção do equilíbrio entre o conjunto de funções e disfunções no sistema",

considerando inclusive, que este processo ocorre sob tensões geradas também, pelas constantes modificações ambientais. A organização é assim considerada, uma estrutura adaptativa cujo principal objetivo, é buscar e assegurar o seu equilíbrio.

A organização nesta perspectiva, pode ser considerada como um sistema sociotécnico, onde são importantes, não apenas os aspectos sociais relacionados ao comportamento humano na organização, como também os aspectos técnicos formais da organização, tais como a estrutura, hierarquia e os objetivos, dentre outras dimensões organizacionais. A interdependência existente entre estes dois sistemas, determina que quaisquer interferências num deles acarretarão invariavelmente consequências no outro(MORGAN, 1991). Esta articulação entre os aspectos racionais e os humanos, denominados de irracionais, é chamada por Etzioni(1984) de estruturalismo.

A visão de organização como um sistema sociotécnico, pode ser considerada como uma visão híbrida. Incorpora os aportes da perspectiva racional, bem como os da Escola de Relações Humanas e da teoria sistêmica.

Um exemplo desta compreensão é o estudo de Etzioni(1984) sobre as organizações modernas. Na perspectiva deste autor, as organizações estão voltadas para o atendimento das necessidades de seus componentes e da sociedade de uma modo geral.

Segundo Georgiou(1981), Etzioni vê a organização como a síntese do modelo racional e do natural. Na opinião do próprio Etzioni, sua abordagem compreende uma visão formal da organização, advinda da teoria clássica e uma visão informal da organização, originada da Escola de Relações Humanas. Esta síntese expressa-se no seu comentário acerca de um dos principais problemas das organizações modernas. Segundo Etzioni(1967),

"a questão básica é saber a melhor forma de coordenar as atividades humanas, a fim de compor uma unidade altamente racional e, ao mesmo tempo, manter a integração social, as responsabilidades normativas dos participantes e sua motivação para participação"

Mais adiante o autor complementa sua visão de organização, que tem como base a definição de Parsons, acrescentando que *"as organizações são unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas a fim de atingir objetivos específicos"*.

No entanto, a definição que melhor expressa a compreensão deste autor sobre as organizações, reside na sua consideração de que estas, são formadas por um conjunto de subsistemas que geram necessidades próprias, na medida em que entram em operação, e que a tendência natural das organizações é portanto, buscar um equilíbrio entre estas diferentes necessidades. Esta tendência leva a organização a substituir seus objetivos iniciais, em função dos quais foram criadas, por objetivos de sobrevivência dos seus diferentes subsistemas.

Segundo Etzioni(1984) um objetivo da organização *"... nunca existe; é um estado que procuramos, não um estado que possuimos...;...é uma situação futura que a organização, como uma coletividade deseja alcançar."* Definindo mais precisamente, diz que os objetivos são

"as situações futuras para as quais se dirige a maioria dos recursos da organização e os principais compromissos dos participantes e que têm nítida prioridade em casos de conflito com objetivos estabelecidos, mas que controlam poucos recursos."

Nesta última definição, o autor complexifica seu entendimento sobre o que sejam objetivos organizacionais. Considera existir uma diferença entre objetivos estabelecidos, aqueles primariamente definidos, e objetivos reais, aqueles que de fato estão sendo buscados pela organização, como resultado das adaptações que visam o atendimento das necessidades dos diferentes subsistemas. Além disso, indica como critério de identificação dos reais objetivos, não apenas aquilo que é expresso pelas pessoas, quando questionadas sobre os objetivos organizacionais, mas principalmente, a alocação de recursos destinada aos diferentes projetos da organização.

Assim, apesar do autor dizer que a razão de ser das organizações é servir a seus objetivos específicos(a produção de um bem ou serviço), ele reconhece também que o funcionamento da organização, naturalmente faz com que surjam outros objetivos organizacionais, advindos de cada um dos seus subsistemas, que adquirem necessidades e lutam para satisfazê-las. Estas necessidades por vezes, aprisionam a organização, fazendo com que ela abandone seus objetivos iniciais e se volte quase que exclusivamente, para o alcance de objetivos relacionados àquelas necessidades. Esta compreensão é claramente expressa pelo autor quando diz, *"o objetivo da organização se torna um servo da organização, e não seu senhor."*

Reforçando esta idéia, Scott(1981) coloca que, *"é por causa desta tendência que organizações não são vistas primariamente como um meio de alcançar fins específicos, mas como fins em si mesmas"*.

Este processo, denominado por Etzioni(1984), de *"substituição de objetivos"* organizacionais, tem na inversão de prioridades entre meios e objetivos, a forma mais comum de se apresentar. Ou seja, a situação em que os objetivos tornam-se meios e os meios transformam-se em objetivos. O exemplo mais comum desta substituição, é o da

organização deixar de ser um instrumento, um meio para obtenção de determinados objetivos, para tornar-se um fim em si mesma.

Etzioni(1984) considera que as organizações possuem "*grupos de interesse mais preocupados em preservar e construir a organização que em auxiliá-la a cumprir sua finalidade inicial.*" Em resumo, utilizam-se dos objetivos da organização "*como meios para seus objetivos pessoais.*" Nestas situações, há uma desconsideração não apenas dos objetivos iniciais de prestação de serviços, como também do objetivo de eficiência.

Há portanto, uma tendência natural das organizações relegarem ou substituírem seus objetivos primários de prestação de serviços, submetendo-os aos objetivos de sobrevivência, de auto-manutenção. Estes, não deixam de ser os objetivos pessoais daqueles "*grupos de interesse*", identificados por Etzioni.

Outro exemplo de substituição de objetivos citado por Etzioni(1984), é a situação na qual as normas e os processos internos organizacionais são tomados rigidamente, como critérios dominantes para a tomada de decisões, no lugar dos objetivos da organização. Aqueles processos tornam-se na visão do autor, "*valores independentes*" que guiam o comportamento das pessoas na organização a cada decisão tomada. Nestes casos, as normas e processos deixam de ser meios, para se constituírem em verdadeiros fins organizacionais, não importando sequer, se estão ou não contribuindo para os objetivos iniciais da organização. A ênfase nos métodos internos, pode levar à situação na qual importa apenas repetir acriticamente, aquilo que já está formalmente definido.

Uma última situação de substituição de objetivos ainda identificada pelo autor, é aquela na qual a organização já atingiu seus objetivos iniciais, o que dificilmente acontece, ou quando aqueles por qualquer motivo, não podem mais ser alcançados. São raras as situações em que se opta pela dissolução da organização. De maneira geral, existe um forte interesse localizado no ambiente interno e até mesmo externo, pela manutenção da organização. Tal fato, leva a identificação de novos objetivos organizacionais, a fim de garantir sua sobrevivência. Etzioni denomina esta situação de

"sucessão de objetivos."

O autor reconhece também a existência de outros objetivos que não da organização, relacionados aos diferentes grupos que compõem a organização, seus dirigentes e os demais componentes. No entanto, afirma que a organização não busca nenhum deles especificamente. Na verdade, os objetivos da organização, são na sua opinião, os *"objetivos da coletividade"*. Estes, por sua vez, são influenciados por todos os outros objetivos existentes. São a princípio definidos por seus dirigentes, admitindo que podem ser estabelecidos objetivos consensuais para a organização. Assim, o autor apesar de reconhecer a possibilidade da existência de conflitos quanto aos objetivos organizacionais, acredita que através de sua explicitação, o consenso e o equilíbrio são atingidos, desempenhando uma função positiva na organização. Isto ocorre, na medida em que,

"a expressão do conflito permite o aparecimento de diferenças autênticas de interesses e crenças, cuja luta pode conduzir a uma verificação do poder e do ajustamento do sistema da organização à situação real e, fundamentalmente, à paz da organização."

Os conflitos têm neste sentido, um papel dinamizador no desenvolvimento organizacional.

A processo de definição de objetivos organizacionais ocorre segundo o autor, *"num complicado jogo de poder, que inclui diversos indivíduos e grupos dentro e fora da organização"*. Neste processo estão envolvidos os diferentes dirigentes da organização, lutando por fazer prevalecer os objetivos de seus departamentos e divisões. Existem também outros fatores que influenciam este processo, como as lideranças existentes, e o ambiente externo, compreendendo usuários, corporações profissionais, agências reguladoras e outros. As organizações são na compreensão do autor, na sua grande maioria, menos autônomas do que parecem ser, tanto no que se refere à definição de seus objetivos, quanto à obtenção dos meios para alcançá-los.

Etzioni(1984) reconhece a eficiência, por ele denominada de competência(4), como um objetivo a ser alcançado. No entanto, chama atenção para as consequências indesejáveis que a sua primazia pode acarretar, como o detrimento da qualidade e a *"deformação dos objetivos organizacionais."* A deformação não implica no abandono dos objetivos iniciais e principais da organização; significa apenas, enfatizar determinados aspectos daqueles em detrimento de outros. A ênfase excessiva em aspectos relacionados à mensuração da eficiência é segundo o autor, uma das principais causas desta deformação. Segundo o autor, os objetivos podem ser utilizados como padrões de avaliação do desempenho organizacional, em termos de eficiência e produtividade, apenas quando os objetivos organizacionais são limitados e concretos, tornando-se mais complicado aplicá-los, quando os objetivos têm uma continuidade no tempo.

Em função desta idéia e por reconhecer que os objetivos organizacionais são estados futuros desejados, *"unidades simbólicas"*, praticamente nunca alcançados, o autor termina por concluir que o êxito da organização não deve ser avaliado pelo grau em que foram alcançados aqueles objetivos, como é proposto pela abordagem por ele denominada de *"modelo de objetivo"*. Propõe como critério de avaliação, em substituição àquele que toma como padrão, o ideal que a organização poderia ser, um outro que considere as *"realizações relativas"* da organização. Este tipo de avaliação tem como base, uma análise comparativa entre as organizações, por ele denominado de *"modelo de sistema"*.

Em resumo, as idéias de Etzioni sobre objetivos organizacionais permitem a compreensão de que apesar de diferentes grupos de interesses na organização possuírem diferentes objetivos, é possível o estabelecimento de objetivos consensuais, os

4 - Competência, para o autor, significa a relação entre recursos consumidos para uma dada produção. Aproxima-se portanto, do significado de eficiência segundo a definição aqui já apresentada, na parte introdutória deste estudo. Eficiência para Etzioni, está relacionada ao grau de alcance dos objetivos, neste sentido aproxima-se do significado de eficácia, conforme já definido neste estudo.

"objetivos da coletividade". No entanto, estes objetivos estabelecidos, por ele considerados como legítimos, dificilmente são aqueles realmente buscados pela organização. É inerente ao seu funcionamento, a geração de necessidades no interior de seus subsistemas, cuja satisfação passa a constituir os reais objetivos organizacionais. Estes, portanto não são auto-evidentes. São, na verdade, os objetivos relacionados ao preenchimento das necessidades de cada subsistema organizacional. Como estas necessidades podem ser alteradas, os objetivos também podem modificar-se, como uma reação natural dos subsistemas que visam sua auto-preservação.

Em síntese, existe nas organizações uma tendência ao aparecimento natural de objetivos dos diferentes subsistemas, visando a sua sobrevivência. Por vezes, ocorre uma predominância destes, em relação aos objetivos iniciais da organização, em função dos quais foi criada.

2.2.3 - NA ABORDAGEM DE SISTEMA ABERTO

Uma outra linha de discussão no campo das necessidades organizacionais reside na compreensão de que, da mesma forma que os organismos vivos necessitam estabelecer relações com o ambiente externo para suprir suas necessidades básicas, as organizações também não conseguem satisfazer suas necessidades somente no seu meio interno. Sendo assim, elas necessitam relacionar-se com seu ambiente externo, a fim de garantir os recursos para sua sobrevivência e desenvolvimento. As organizações são compreendidas como um sistema aberto e a ênfase, agora, desloca-se para o ambiente externo e para as relações necessárias e adequadas, que as organizações devem estabelecer, para assegurar sua sobrevivência.

Aqui também, a idéia subjacente e central é a analogia que se estabelece entre as organizações e os organismos. Estes como aquelas, são considerados como sistemas abertos complexos, que tem necessidades a serem satisfeitas e, para tanto, precisam relacionar-se com seu ambiente, realizando trocas para sobreviver.

Assim como no reino animal, onde se observa que determinados tipos de animais adaptam-se melhor e portanto, sobrevivem mais em ambientes específicos, também no mundo organizacional algumas formas de organização são mais ajustadas a determinadas condições ambientais(MORGAN, 1991).

A noção central reside na necessária adaptação das organizações às características de seu ambiente a fim de sobreviver. Se existem ambientes diversos, existem também diferentes tipos de organização. Esta conclusão coloca em questão a importância do ambiente na vida organizacional e conseqüentemente na definição de seus objetivos. Os objetivos organizacionais, neste sentido, devem também adaptar-se aos condicionantes externos.

São muitos os estudos que destacam a importância do ambiente, identificando nele,

determinadas características que influenciam as diferentes dimensões organizacionais. Morgan(1991) apresenta o trabalho de Tom Burns e G.M. Stalker como um dos precursores da abordagem contingencial. Estes autores observaram que as organizações são estruturadas e gerenciadas de formas diferentes dependendo das características econômicas e técnicas prevalentes no ambiente em que a organização se insere.

Condições ambientais instáveis, que mudam frequentemente, onde o mercado e a tecnologia(5) não são bem conhecidos e que, portanto, a todo momento colocam novos problemas e desafios, impõem às organizações uma estrutura e uma gerência mais flexíveis. Organizações melhor adaptadas a tais ambientes apresentam menor ênfase na hierarquia de autoridade e no controle, bem como na definição de regras. O processo de tomada de decisões tende a ser descentralizado, e o fluxo de comunicações é fundamentalmente horizontal. Os objetivos tendem a ser mais inespecíficos e dinâmicos e as tarefas são permanentemente redefinidas nas equipes de trabalho. As pessoas são incentivadas a encontrar novas formas de realizar seu trabalho e de resolver os problemas cotidianos. Organizações com estas características são denominadas por Burns e Stalker, de "*orgânicas*". Tais características tornam a organização mais fluída, aberta e sensível a inovação e, portanto, mais capaz de adaptar-se às constantes modificações ambientais(CHIAVENATO, 1976; DAFT, 1992). Estas organizações lidam com um ambiente que lhes exige rapidez nas respostas, às demandas por ele colocadas.

Segundo Morgan(1991), circunstâncias ambientais que mudam com frequência

5 - Para Richard Daft, tecnologia é compreendida como os instrumentos, as técnicas e as ações utilizadas para transformar os insumos em produtos organizacionais. Para ele a tecnologia é o processo de produção da organização e inclui a maquinaria e os procedimentos de trabalho.

Ver Daft, op. cit.

Richard Scott, alerta para a estreita relação existente entre tecnologia e ambiente. Embora a tecnologia se constitua em um elemento interno à organização, ela está também fortemente ligada e de maneira geral, dependente do ambiente. O ambiente que compreende os aspectos políticos, socioculturais e tecnológicos do contexto mais geral, onde a organização se insere, além de fornecer os recursos e absorver os produtos organizacionais, é também a maior fonte de técnicas e instrumentos de trabalho, utilizados pela organizações.

Ver Scott, Richard, op. cit.

exigem diferentes tipos de ação e de respostas, além de agilidade. A inovação portanto, constitui-se num objetivo organizacional, numa condição essencial à sobrevivência das organizações, inseridas em ambientes instáveis, sendo a flexibilidade e a criatividade, características mais importantes que a eficiência.

No outro extremo, condições ambientais mais estáveis, onde a tecnologia e as condições do mercado são mais conhecidas, onde existe maior garantia de que os produtos produzidos pela organização sejam apropriados às necessidades do mercado e que podem ser exatamente os mesmos, por um certo período no tempo, permitem às organizações estabelecer uma estrutura e uma forma de gerenciar mais mecanicista(MORGAN, 1991). Por sua vez, estas organizações enfatizam a hierarquia de autoridade, o controle e as regras bem definidas. Há uma tendência à centralização do processo decisório e de verticalização das comunicações. Os objetivos tendem a ser mais estáveis e contínuos, mais específicos e bem definidos, assim como as tarefas organizacionais. Aqui, as respostas organizacionais às demandas ambientais, são mais lentas, mas há também, a princípio, uma necessidade menor de mudanças. Estas organizações são denominadas por Burns e Stalker de "*mecanísticas*"(CHIAVENATO, 1976; DAFT, 1992). Nestas, prevalecem o objetivo eficiência em relação à inovação.

Para Burns e Stalker, a organização "*orgânica*" e "*mecanística*" constituem-se em tipos ideais não encontrados de forma pura na realidade. Estes tipos devem ser considerados como pontos extremos de um "*continuum*", onde as organizações se enquadram mais próximas de um ou de outro tipo(MORGAN, 1991).

Outra contribuição importante dentro da visão contingencial, são os estudos de Paul Lawrence e Jay Lorsch. Segundo Morgan(1991), os autores refinam as conclusões de Burns e Stalker, de que algumas organizações precisam ser mais orgânicas do que outras, na dependência das características de seu ambiente externo.

Lawrence e Lorsch(1973) chamam a atenção para o fato de uma mesma organização lidar simultaneamente com diferentes partes do ambiente, as quais

apresentam características distintas quanto à sua estabilidade e complexidade. Estas características distintas de cada uma das partes do ambiente, por sua vez, determinam que cada setor organizacional desenvolva da mesma forma determinadas características internas, que sejam compatíveis e adequadas às características do setor do ambiente com o qual predominantemente se relaciona. Um ambiente mais instável e complexo, determina ao subsistema organizacional, a necessidade de adquirir uma forma mais orgânica, para lidar melhor com a incerteza de seu ambiente. Em contrapartida, um ambiente mais estável e simples, coloca para o subsistema organizacional a necessidade de assumir uma forma mais mecanística, pois se ajusta melhor à certeza. Uma certeza maior ou menor em relação ao ambiente, tem para a organização, o significado de maior ou menor previsibilidade do seu comportamento, quanto à clareza das informações disponíveis, quanto à compreensão das relações de causa e efeito e quanto à amplitude do tempo necessário para a organização ter acesso às informações, relativas ao impacto de suas ações.

A complexidade e diversidade do ambiente no entender dos autores, é tão grande que impõe às organizações estruturarem-se internamente de maneira diferenciada, para melhor se ajustarem à própria diferenciação das demandas ambientais. Esta diferenciação interna é a incorporação dos conceitos de organização "*orgânica e mecanística*" de Burns e Stalker, para o interior de uma mesma organização. Assim, é possível encontrar-se uma organização, que simultaneamente, apresente alguns sistemas mais orgânicos e outros mais mecanísticos, na dependência das características do ambiente, com que cada um dos subsistemas se relaciona. A diferenciação exigida à organização para Lawrence e Lorsh(1973), vai além do processo de divisão e especialização interna do trabalho, entre setores ou subsistemas organizacionais, onde cada um realiza uma tarefa específica e especializada, determinada pela segmentação e especialização do conhecimento. É também uma diferenciação de atitudes e comportamentos. Ou seja, cada subsistema organizacional tem uma forma de estruturar

e gerenciar o trabalho, condicionada pelas características predominantes do ambiente específico, com o qual imediatamente se relaciona. Assim, a diferenciação tem, segundo os autores, uma dupla orientação, uma "*cognoscitiva*" e a outra "*emocional*".

Assim sendo, para os referidos autores, a diferenciação deve ser compreendida a partir de quatro dimensões. Os subsistemas organizacionais se diferenciam quanto à sua orientação no que diz respeito aos objetivos, ao tempo, às relações interpessoais e ao formalismo da estrutura. Segundo Morgan(1991), setores organizacionais que adquirem uma forma mais orgânica, apresentam "*objetivos mais ambíguos, têm horizontes de tempo mais longos e adotam modos de interação menos formalizados*", ao contrário dos setores com forma mais mecânica, os quais possuem "*objetivos mais claramente definidos, horizontes de tempo mais curtos e adotam modos de interação mais formais ou burocratizados*"

A diferenciação, por outro lado, coloca a necessidade de integração. Quanto maior for o grau de diferenciação, maior também será a dificuldade de coordenação entre os diferentes subsistemas organizacionais, já que possuem orientações diferentes quanto aos objetivos, à estrutura e às atitudes(DAFT, 1992).

A coordenação é alcançada, segundo Lawrence e Lorsch(1973), através do estabelecimento de mecanismos e de processos internos, que assegurem a integração. Esta por sua vez, é definida pelos autores, como a "*qualidade do estado de colaboração existente entre departamentos necessários para realizar a unidade de esforço de acordo com as exigências do ambiente.*"

Para os autores, há nestes mecanismos de diferenciação e integração organizacionais, uma semelhança com a lógica de funcionamento do organismo humano que "*diferencia-se num certo número de órgãos vitais, que são integrados por meio do sistema nervoso e do cérebro.*"

Uma diferenciação maior exige também uma integração de igual importância. Nas organizações mais heterogêneas que requerem alto grau de integração, são necessários

mecanismos mais complexos de integração, tais como equipes ou pessoas com função de integrar, maior utilização de canais informais de comunicação, dentre outros. É necessário, de uma maneira geral, desenvolver as habilidades interpessoais, não apenas dos dirigentes, mas também dos demais integrantes destes setores, para lidar com os conflitos advindos de orientações diversas. (LAWRENCE E LORSCH, 1973; PRESTES MOTTA, 1986)

De maneira inversa, as organizações mais homogêneas, onde a diferenciação é menor, a integração exigida é também de menor complexidade. Nestes casos os mecanismos de integração podem ser mais simples e tradicionais, tais como a hierarquia(PRESTES MOTTA, 1986). Entretanto, segundo Lawrence e Lorsch(1973), a utilização de mecanismos adequados de integração não elimina o aparecimento de conflitos na organização, considerados como inevitáveis.

Em síntese, estas são as idéias que compõem o modelo de diferenciação e integração construído por Lawrence e Lorsch(1973), para explicitar que não existe uma só maneira certa de gerenciar e estruturar as atividades de uma organização. Na verdade, os autores incorporam e associam num único modelo explicativo, os princípios originados da Abordagem Clássica e das Relações Humanas, considerando diferentemente destas, o ambiente como um fator determinante da dinâmica organizacional. Segundo os autores *"cada teoria parece aplicar-se em certas condições ambientais....a teoria clássica...para ambientes mais estáveis,...a...das Relações Humanas...às situações dinâmicas."*

A partir das idéias desenvolvidas por Lawrence e Lorsch(1973), no que diz respeito ao processo de definição e implementação de objetivos, é possível concluir que os diversos subsistemas organizacionais possuem diferentes objetivos, e que estes são definidos a partir das demandas e em estreita interação, com o ambiente específico daquele subsistema organizacional. Considerando a organização como um todo, quanto mais diferenciada e heterogênea for, maior diversidade de objetivos. Os subsistemas

organizacionais mais mecanísticos, tendem a apresentar objetivos mais explícitos, específicos, estáticos e de curto prazo. Os subsistemas organizacionais mais orgânicos, por sua vez, tendem a definir objetivos mais ambíguos, inespecíficos, dinâmicos e de longo prazo. Simultaneamente, a organização busca alcançar objetivos relacionados à eficiência e à inovação. Tal situação impõe à organização e à sua gerência, a utilização de mecanismos diferenciados de integração, dos mais tradicionais aos mais sofisticados, e conseqüentemente requer também maneiras diferentes de gerenciar, compatíveis com a maior ou menor organicidade de cada um dos setores organizacionais.

Outro trabalho a ser considerado na perspectiva natural, é a visão de James Thompson(1976) sobre a organização e seu processo de definição de objetivos, em função da ênfase do autor em depositar no ambiente, os principais determinantes do funcionamento da organização (embora sua compreensão de organização, incorpore aspectos relacionados a uma perspectiva política)(6).

Segundo Marinho(1990), embora Thompson juntamente com William McEwen(1967), concebam

"as transações da organização com o ambiente como um contínuo, cuja variação vai desde uma organização que domina suas relações ambientais e a sociedade que a cerca, àquela completamente dominada pelo seu ambiente,... sua análise tende a dar mais ênfase ao controle da organização pelo ambiente, controle esse que vai permitir aos agentes externos a ela, as condições suficientes para limitar o seu processo decisório interno."

6 - Segundo Scott(1981), Thompson juntamente com Jeffrey Pfeffer e Gerald Salancik(sendo que estes, para Scott, são os que apresentam a contribuição mais compreensiva), conformam uma abordagem organizacional denominada "recursos dependente". Esta abordagem, segundo Scott, também conhecida como o modelo de economia política de Mayer Zald, parte do pressuposto de que nenhuma organização é capaz de gerar todos os recursos necessários para que alcance seus objetivos iniciais ou mesmo assegure a sua sobrevivência. Em função disso, as organizações precisam estabelecer relações de troca com seu ambiente, especialmente com outras organizações, tornando-se assim interdependentes deste ambiente. Nem sempre esta permuta ocorre em situação de igualdade, o que pode gerar, por sua vez, relações desiguais de poder e dependência entre as organizações. Assim, as organizações perseguem estratégias que visam diminuir a dependência e aumentar o poder. Ainda segundo Scott, esta abordagem tem *"duas linhas de trabalho que podem ser distintas."* Uma, que enfatiza o desenvolvimento de estratégias tendo em vista proteger o processo de trabalho central da organização, dos distúrbios originados no seu ambiente. Outra, que além de buscar assegurar a possibilidade da ação racional e eficiente da organização, procura também aumentar, sempre que possível, sua capacidade de barganha dentro do ambiente.

Ver Scott, Richard. op.cit.

Ainda segundo a autora, o trabalho destes dois autores constitui-se numa das contribuições mais significativas *"da perspectiva funcionalista sobre a interdependência das organizações complexas com a sociedade mais ampla"* e das suas consequências *"para o estabelecimento dos objetivos de uma organização"*.

Para Thompson(1976), as organizações lidam permanentemente com problemas circunstanciais tecnológicos e ambientais, que lhes impõem incertezas. Ao mesmo tempo, precisam apresentar os resultados que são esperados, tendo assim que alcançar alguma racionalidade nas suas ações. Ou seja, as organizações estão sujeitas à incerteza ambiental que lhes dificulta alcançar racionalidade. Sendo assim, na compreensão do autor, lutar contra a incerteza do ambiente e da tecnologia, é o problema central das organizações complexas. O autor ao definir as organizações diz que,

"conceberemos as organizações complexas como sistemas abertos, e consequentemente indecisas e confrontadas pela incerteza, mas ao mesmo tempo sujeitas a critérios de racionalidade e consequentemente necessitadas de resolução e certeza."

As organizações, segundo o autor, enfrentam situações de incerteza, quase certeza e certeza, ajustando as características internas de funcionamento dos diferentes setores organizacionais que lidam com estas situações.

O trabalho de Thompson(1976) focaliza fundamentalmente as interfaces que se estabelecem entre as organizações, e entre elas e seu ambiente, tendo em vista alcançar seus objetivos e garantir sua sobrevivência, num ambiente que lhes proporciona diferentes graus de incerteza.

Uma das dimensões mais importantes nesta interface a ser compreendida, é o conceito de *"domínio organizacional"*. Para o autor, todas as organizações necessitam estabelecer a sua área de domínio dentro do ambiente. O conceito de *"domínio"* é tomado emprestado de um estudo de Sol Levine e Paul White(1961), sobre os relacionamentos entre organizações de saúde numa comunidade. Para os dois autores, o conceito de domínio de uma organização consiste *"nos objetivos específicos que deseja*

perseguir e nas funções que empreende a fim de implementar seus objetivos". Em termos mais operacionais, está relacionado às *"obrigações que uma organização se impõe em termos de cobertura de moléstias, população atendida e serviços prestados"*. Esta definição de domínio, assemelha-se àquela inicialmente apresentada, sobre perfil assistencial de um hospital.

Para Thompson(1976), este é um conceito importante a ser utilizado para se analisar e compreender as relações que são estabelecidas, entre as organizações e o ambiente, seja do setor saúde ou de outro qualquer. A delimitação do domínio organizacional permite identificar a intensidade, a diversidade e a localização da dependência da organização em relação ao ambiente. Mais precisamente, é a delimitação dos insumos essenciais à produção de bens ou serviços de uma organização, da disponibilidade e de localização destes insumos nos ambientes específicos onde são gerados, bem como dos potenciais consumidores dos produtos organizacionais. Parte-se do pressuposto, de que várias necessidades organizacionais são supridas pelo ambiente. Se as organizações não são auto-suficientes para suprir suas necessidades de recursos, uma relação de dependência com o ambiente é colocada.

Para Bacharach e Lawler(1980),

"a dependência existe quando os resultados de um ator são contingentes não apenas em relação ao comportamento do próprio ator, mas também quanto ao que outros atores fazem simultaneamente e ou em resposta ao comportamento daquele ator."

Esta dependência faz com que as relações de troca constituam-se numa das características de quaisquer relações sociais(BACHARACH e LAWLER, 1980).

Assim estabelece-se uma relação entre as necessidades de insumos da organização e as capacidades do ambiente em satisfazê-las, assim como entre as necessidades do ambiente e a capacidade da organização em preenchê-las. Tanto as necessidades, quanto as capacidades, podem encontrar-se de forma mais dispersa ou concentrada. Se as demandas de uma organização são praticamente exclusivas, a capacidade de resposta do

ambiente pode ser mais concentrada. Se várias organizações apresentam as mesmas necessidades, a resposta do ambiente tende a ser mais dispersa. De igual maneira, para os produtos organizacionais podem haver vários consumidores no ambiente e uma organização ser a única a fornecê-los, ou esta organização pode concorrer com outras organizações na disputa por clientela, para seus produtos.

De imediato, tais considerações colocam a possibilidade de estabelecer-se relações de maior ou menor concorrência, tanto entre as organizações, como também entre as diferentes partes do ambiente, fornecedoras de recursos.

Outro elemento importante a ser considerado para o estabelecimento do "*domínio organizacional*", refere-se a identificação das partes do ambiente que tem importância fundamental para a organização, no tocante ao alcance de seus objetivos. Thompson(1976) novamente se utiliza do trabalho de outro autor, William Dill(7), sobre os ambientes operacionais de duas empresas, para identificar os seguintes setores ambientais essenciais a quaisquer organizações: sua clientela, entendida como seus consumidores, seus fornecedores de recursos humanos e materiais, seus financiadores, seus concorrentes, tanto de mercado quanto de recursos, e finalmente, as organizações regulamentadoras, governamentais, sindicais e outras.

Os setores operacionais do ambiente são aqueles que permanentemente estabelecem relações de permuta com a organização. O ambiente operacional fornece os insumos necessários à sobrevivência de uma organização, na medida que nela reconhece capacidade, de ofertar produtos e ações que são por ele desejados. É também aquele, que constitui-se no principal consumidor dos produtos organizacionais.

Para Scott(1981), a concepção de ambientes operacionais de Dill enfatiza dois importantes aspectos a serem considerados na relação entre a organização e o ambiente. O primeiro, que *"a maior parte das organizações são criadas para desenvolver algum tipo de trabalho"* e o segundo, que *"nenhuma organização é auto-suficiente, todas*

7 - Ver Dill, Willian. Environment as an Influence on Managerial Autonomy, *Administrative Science Quartely*, v. 2, 1958.

devem assegurar recursos de seu ambiente".

O domínio de uma organização é então definido a partir destas relações de troca entre ela e seus ambientes operacionais. Estabelece-se, na verdade, um "*consenso de domínio*" definido por Thompson(1976), como

"uma série de expectativas tanto para os membros de uma organização como para outros com quem eles interagem sobre aquilo que uma empresa se dispõe ou não a empreender."

É portanto, neste processo interativo de delimitação de um "*consenso de domínio*", que os objetivos organizacionais são definidos. Para Levine e White(1961), alcançar um mínimo de consenso de domínio é pré-condição necessária para a realização de trocas entre a organização e o ambiente. Os ambientes operacionais, segundo Thompson(1976), podem optar por dar ou não apoio à organização. Neste sentido, estes ambientes impõem contingências, e podem inclusive, exercer restrições, denominadas pelo autor, de coações. Assim, a dependência da organização em relação a um ambiente específico aumenta, na medida da importância e exclusividade dos recursos oriundos deste ambiente, necessários à organização.

Em contrapartida, a organização tem poder sobre o ambiente operacional, na medida que em que satisfaça de maneira predominante, as suas necessidades. Assim, uma organização pode ter pouco poder, em relação aos seus fornecedores, mas muito poder, ao considerar-se seus consumidores.

A noção relacional de dependência e poder organizacional apresentada por Thompson(1976), origina-se da concepção de Richard Emerson(8), e permite compreender o poder como uma categoria fluída no tempo e no espaço, entendido como, o "*resultado das relações entre a organização e os vários elementos de seu ambiente operacional pluralista.*"

Segundo Scott(1981), a aplicação desta compreensão é extremamente útil, pois "o

8 - Ver Emerson, Richard. Power-Dependence Relations, American Sociological Review, v. 27, 1962.

poder não é visto como uma categoria genérica mas como uma função de necessidades e recursos específicos que podem variar de um padrão de troca para outro". Além disso, evita a compreensão de poder como uma relação na qual, quando um ator ganha poder, o outro deve perdê-lo. O poder considerado num contexto de interdependência permite, segundo Thompson(1976), admitir que ambos atores ganhem poder, cada um sobre o outro, em decorrência do crescimento de suas relações de interdependência.

Para Thompson(1976), as organizações precisam minimizar sua dependência em relação aos seus ambientes específicos e para tanto, estabelecem estratégias de competição ou de cooperação com outras organizações. Assim, chama a atenção para o caráter político das relações interorganizacionais e para o fato, de que é através da utilização de uma estratégia adequada de relacionamento com o ambiente, que a organização pode alcançar um *"domínio viável"*, aquele que lhe assegure a sobrevivência.

O poder da organização aumenta, em função de sua capacidade de minimizar a sua dependência dos ambientes operacionais específicos, o que significa em última instância, obter controle sobre estes elementos, de forma a diminuir progressivamente a incerteza ambiental.

Considerando a distribuição do poder interno nas organizações complexas, Thompson(1976) argumenta que quanto mais complexas se tornam as organizações, mais disperso e interdependente encontra-se o poder, distribuído entre os indivíduos que ocupam posições de poder na estrutura organizacional, pelo autor denominados de *"cargos altamente discricionários"*. Quando um indivíduo detém um poder inferior à sua dependência, busca estabelecer uma coalizão com outros indivíduos. Segundo o autor, as coalizões são definidas como sendo

"as uniões de competência ou habilidades que ocorrem quando dois ou mais indivíduos em cargos discricionários acreditam que suas possibilidades de satisfazer as dependências da empresa são maiores unidas do que separadamente, e quando os resultados de maior poder

podem ser divididos."

A coalizão pode incluir também, representantes do ambiente operacional, na medida em que contribuam para aumentar o poder dos indivíduos que ocupam os cargos discricionários na organização.

Para Thompson(1976), objetivos são definidos como "*domínios futuros pretendidos*". Existem diferentes aspirações em relação à organização, localizadas no seu interior ou fora dela. Os membros da coalizão dominante definem objetivos para a organização, que são para o autor, os objetivos dos dirigentes, e assim denominados, objetivos "*da*" organização. Os demais integrantes da organização, bem como os representantes de seu ambiente externo, sua clientela, seus investidores e outros, também possuem expectativas em relação à organização, que podem ser múltiplas e diferenciadas, e são pelo autor denominadas, de objetivos "*para*" a organização.

Na verdade, os objetivos organizacionais derivam da interação dos objetivos "*da*" e "*para*" a organização, pois a fixação de objetivos organizacionais é dependente das relações que se estabelecem entre a organização e seu ambiente. E são os elementos deste ambiente, que definem em última instância o que desejam que a organização faça, aquilo que lhes é útil ou aceitável. Neste sentido, os objetivos modificam-se permanentemente em função de alterações nesta relações(THOMPSON e McEWEN, 1967).

O ambiente pode interferir mais ou menos na determinação dos objetivos organizacionais na dependência das transações que se estabeleçam entre a organização e o ambiente. As interações podem ocorrer na forma de concorrência e de cooperação. Na concorrência, a organização disputa recursos e/ou clientes com outras organizações, ou seja, concorre pelo apoio da sociedade. Não existe a princípio, nenhum acordo prévio entre as organizações concorrentes, envolvendo sempre a mediação de uma terceira parte. Há nesta situação um controle parcial do ambiente sobre os objetivos da organização. A escolha dos objetivos pode ser influenciada e corrigida neste

processo(THOMPSON e McEWEN, 1967).

As interações cooperativas envolvem três tipos de estratégias de relacionamento da organização com o ambiente, as quais são gradativamente influenciadoras, na definição dos objetivos organizacionais. Todas envolvem a princípio uma interação direta entre as organizações envolvidas. A negociação, refere-se a um acordo entre duas ou mais organizações, quanto ao seu desempenho futuro. Envolve, principalmente, a definição dos recursos a serem utilizados, mas acaba por influenciar também, a definição de objetivos, já que estes não são implementados, sem os recursos necessários. A co-opção, envolve a absorção de novos elementos à estrutura de decisão da organização, oriundos do ambiente, como uma forma de minimizar as ameaças à estabilidade e à existência da organização. Coloca estes elementos em posição de interferir ainda mais, no processo de definição de objetivos. Por último, a coalizão, implica na combinação de duas ou mais organizações que visam alcançar objetivos comuns. Esta é, na compreensão de Thompson e McEwen(1967), a forma mais extrema de condicionamento dos objetivos organizacionais, pelo ambiente.

2.2.4 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em resumo, a perspectiva natural permite compreender que, além dos objetivos iniciais da organização, de produção de bens e serviços e de alcance de eficiência, existem outros objetivos na organização. Os indivíduos que nela trabalham, têm objetivos pessoais, relacionados à satisfação de suas necessidades. A própria organização com o seu funcionamento e a ele inerente, gera objetivos secundários, referentes a seus diferentes subsistemas. Ou seja, uma vez criada a organização, passam a existir também, objetivos relacionados à sua sobrevivência.

Além disso, incorpora a noção de que nesta luta pela sua auto-manutenção, a organização necessariamente estabelece relações de dependência com o ambiente, determinando que o processo de definição de seus objetivos, não ocorra apenas considerando os condicionantes internos organizacionais, mas principalmente em permanente interação com o seu ambiente.

Em particular, a perspectiva contingencial chama a atenção para o fato, de que os objetivos da organização não podem e não são determinados exclusivamente, pelos integrantes ou mesmo pelos dirigentes da organização. São condicionados principalmente, pelos elementos que compõem o ambiente externo da organização, quer pela intensidade das características de estabilidade e complexidade deste ambiente(LAWRENCE E LORSH, 1973), quer pelas relações de dependência estabelecidas com os integrantes de seu ambiente operacional(THOMPSON, 1976). A incorporação do ambiente como um elemento a ser considerado no processo de definição de objetivos organizacionais é, sem dúvida, importante contribuição para uma adequada compreensão deste processo.

Segundo Motta(1991), *"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". Esta observação de Motta, coloca em evidência dois aspectos importantes na definição de objetivos organizacionais, o ambiente e a noção de objetivos como algo *"desejável"*, o que pressupõe intencionalidade de alguém. Este último aspecto, será abordado com mais detalhe na perspectiva política apresentada a seguir.

Destacam-se na perspectiva natural, as conceituações de Thompson(1976) sobre domínio organizacional e consenso de domínio, e sobre a existência de diferentes aspirações em termos de objetivos para a organização (objetivos *"de"* e *"para"* a organização). Importante também, é a percepção de Lawrence e Lorsh(1973) sobre a existência de diferentes setores organizacionais estruturados mais mecanística ou organicamente, dos quais decorrem processos de definição de objetivos, e objetivos também diferenciados. Nos primeiros, o principal objetivo é a eficiência, e o processo de definição de objetivos é mais estático e antecedente. Nos outros, o principal objetivo é a inovação, e o processo de definição de objetivos é dinâmico e contínuo.

São, portanto, objetivos da organização, além da produção de bens e serviços, fundamentalmente a sobrevivência alcançada através da eficiência, da adaptação e da inovação. A eficiência é também um objetivo, porém subordinado à sobrevivência.

A perspectiva natural reconhece a existência de múltiplos objetivos na organização, relacionados às necessidades de seus funcionários, dos seus subsistemas internos e de setores do ambiente externo. Todos estes objetivos são, entretanto, passíveis de reconciliação no interior da organização, o que é feito a nível dos seus dirigentes. Assim, do ponto de vista do sistema interno de poder, a organização continua sendo representada por um único ator, seus dirigentes.

Esta perspectiva incorpora a noção de processo para definir objetivos organizacionais, pois reconhece que os objetivos organizacionais são permanentemente definidos e redefinidos, quer para responder às demandas geradas internamente pelos subsistemas organizacionais, quer para atender àquelas originadas no seu ambiente

externo.

É em última instância, uma visão de organização e de seus processos predominantemente adaptativa, ou seja, a organização é um organismo capaz de agir principalmente para adaptar-se, melhor dizendo, de reagir a fim de sobreviver. Assim sendo, a perspectiva natural não abandona os critérios estabelecidos na perspectiva racional para definição de objetivos, apenas acrescenta a estes novas dimensões. Segundo Georgiou(1981), *"o sistema natural e o modelo racional não são esquemas conceituais conflitantes, mas estágios na evolução do paradigma do objetivo"*.(9)

9 - Para o autor, o terminologia "paradigma de objetivos" é utilizado para denominar todas as contribuições teóricas no campo das organizações que partem da compreensão de organização como um instrumento para obtenção de objetivos.

2.3 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA POLÍTICA

Inegavelmente, as organizações são criadas para alcançar algum objetivo. Neste sentido, são instrumentos desenhados para realizar determinadas tarefas. Mas quem cria as organizações e realiza suas tarefas? É necessário também reconhecer, que sem os indivíduos as organizações não existiriam. São eles os responsáveis por sua criação e operação. Para que as organizações atinjam seus objetivos, é imprescindível que as pessoas que nela trabalham, canalizem seus esforços neste sentido. No entanto, por que o fariam? Estarão todas elas igualmente dispostas e engajadas em ajudar a organização alcançar seus objetivos? Quais serão as suas mais genuínas motivações para estarem nas organizações? As pessoas na organização têm objetivos? Afinal, os objetivos da organização são os objetivos de quem?

São várias as razões a explicarem o porquê das pessoas estarem em organizações. Certamente, a luta pela sobrevivência, constitui-se numa das razões. Porém, existem motivos mais particulares e mesmo individuais, relacionados a algo mais difuso e de difícil apreensão, que levam as pessoas a se colocarem desta ou daquela maneira, numa dada situação de vida ou mesmo organizacional. Os motivos podem inclusive variar, dependendo da situação. Aquilo que hoje nos motiva, não necessariamente nos motivará amanhã.

As pessoas não são máquinas padronizadas, seu funcionamento e comportamento não são completamente previsíveis. Portanto, não podemos assegurar que as necessidades de cada um na organização, sejam apenas aquelas identificadas por Maslow(apresentadas na perspectiva natural), e muito menos que apareçam segundo uma ordem pré-definida de importância.

As ações humanas estão impregnadas por expectativas e interesses que, em última

instância, são derivados das experiências e dos significados que a elas atribuímos.

Neste sentido, as ações humanas não podem ser compreendidas, como meras reações aos estímulos que circunstancialmente são colocados. As reações não pressupõem uma compreensão do seu porquê, a priori. As ações humanas têm, tanto para seus agentes, como para quem as observa, um significado. Em última instância, o agir resulta da interpretação individual de uma dada situação, construída e explicada a partir de uma rede de significados que pertence a quem interpreta, e da consequente escolha de certos modos de agir para obter determinados fins(SILVERMAN, 1971). Para Silverman(1971),

"qualquer exemplo de ação origina-se dos fins que o ator está interessado em alcançar, de sua definição da situação, incluindo uma série de ações alternativas as quais percebe disponíveis para ele, e de sua escolha dos meios apropriados para ser efetivo, tendo em mente as prováveis reações dos outros à sua ação".

Há nas ações humanas um componente central, que as origina, as condiciona e as torna complexas: aquilo que impulsiona o ser humano a movimentar-se em alguma direção, ou seja, seus interesses.

Segundo Morgan(1991) a palavra interesse está relacionada

"a um conjunto complexo de predisposições que envolve objetivos, valores, desejos, expectativas e outras orientações e inclinações que levam uma pessoa a agir em uma direção preferencialmente a outra."

A visão do ser humano como alguém que invariavelmente possui interesses, das mais diferentes naturezas, e que naturalmente se movimenta na tentativa de satisfazê-los, ou seja, como alguém que é ativo, intencional e auto-direcionado, é crucial para compreender as organizações e sua dinâmica.

As pessoas nas organizações, e no mundo social em geral, não são neutras quanto a quaisquer interesses. Neste sentido, a ação humana é essencialmente política, ou seja, está informada por uma lógica, onde existem determinados fins que se deseja alcançar. Para tanto, é necessário estabelecer-se os meios, e construir uma ponte entre a situação

existente e a desejada. Este é um exercício praticado no dia a dia das pessoas, a cada momento em que tomam alguma decisão, das mais simples às mais complexas.

Portanto, a maior parte das pessoas na organização não é passiva frente às diferentes situações que se apresentam(ou pelo menos, não é passiva o tempo todo). As ações humanas na organização constituem-se em atos políticos. Inclusive a sobrevivência na organização, também pode ser assim considerada(BACHARACH e LAWLER, 1980). A sobrevivência do todo e de cada parte da organização não é uma abstração. Na verdade, representa a sobrevivência das pessoas envolvidas com as diferentes tarefas da organização.

Consequentemente, mesmo quando as pessoas nas organizações estão perseguindo os objetivos organizacionais, certamente estão buscando também alcançar seus objetivos pessoais(PRESTES MOTTA, 1990). De acordo com Motta(1991), a organização contém, lida e *"é constituída por uma diversidade de interesses de grupos e de indivíduos interna e externamente articulados."*

Se é assim, torna-se absolutamente inócuo e até mesmo pouco racional negar a dimensão política nas organizações. As organizações constituem-se, portanto em sistemas políticos. Desconsiderar ou mesmo não tratar de forma explícita, a vida política existente nas organizações, em nada ajuda aos seus dirigentes e funcionários a agir nas organizações e a alcançar seus objetivos. A política na organização não pode ser considerada como tabu, disfunção, anomalia ou, na melhor das hipóteses, como algo opcional. Ela é necessariamente inerente à vida humana e consequentemente à dinâmica organizacional(MORGAN, 1991; PRESTES MOTTA, 1990). Segundo Morgan(1991), é importante lembrar o significado original da noção de política. Esta advem do reconhecimento da existência de interesses divergentes na sociedade e da necessidade consequente da própria sociedade encontrar meios que permitam reconciliar estas diferenças, tais como a negociação, a fim de que ela não se imponha o risco de auto-destruição. Ainda segundo o autor, Aristóteles, na Grécia antiga, já advogava a

política como forma de gerar uma ordem social na diversidade, evitando, ao mesmo tempo, a constituição de governos totalitários.

A negociação torna-se assim, uma das características mais importantes, nas relações estabelecidas entre os indivíduos na sociedade. Pressupõe a interação de pontos de vista divergentes, que resultam em algum entendimento comum entre as partes envolvidas. Em alguma medida, uma dada ordem social é uma ordem negociada (STRAUSS, 1981).

Na organização, de igual maneira, a política se coloca na medida em que as pessoas tem interesses diversos, querem coisas diferentes e conseqüentemente, agem também diferenciadamente. Esta diversidade ocasiona tensões que devem ser resolvidas de forma política, quer autocraticamente, quer burocraticamente, quer tecnocraticamente, ou democraticamente. A escolha de qualquer uma destas formas depende das relações de poder entre os indivíduos envolvidos (MORGAN, 1991)(1).

Mesmo considerando uma única pessoa, ela própria, estabelece tensões internas decorrentes dos diferentes interesses que coexistem no seu trabalho. Há os interesses relativos ao desenvolvimento de suas atividades de trabalho propriamente ditas, aqueles relacionados à sua ascensão funcional e social na organização e outros que dizem respeito às suas atividades extramuros, no âmbito familiar, das amizades e outros tipos de interesses. Nem sempre é possível atingí-los simultânea e igualmente. Escolhas sempre são necessárias. Para Morgan (1991) esta tensão que se estabelece entre

"os diferentes interesses que um indivíduo deseja perseguir faz com que sua relação com o trabalho seja inerentemente política, mesmo antes de levar em conta a existência e as ações de outros membros organizacionais."

1 - Para Morgan, todas as organizações são de natureza política, o que as diferencia é o tipo de regras de política ou de poder utilizadas. Nas organizações autocráticas, o poder se restringe a uma única pessoa ou a um pequeno grupo, detentores do controle dos recursos, propriedade, tradição, etc. Nas burocráticas, prevalece a regra da lei, vale a palavra escrita que é a base para o tipo de autoridade racional-legal. Nas tecnocráticas, o poder é exercido através do uso do conhecimento. Nas democráticas, qualquer um tem igual oportunidade, para ordenar e se envolver no processo decisório.

Não existe segundo o autor, tipos puros na realidade. Na prática, o que é observado, são combinações dos tipos apresentados.

Ver Morgan, G. op.cit.

Ou seja, a divergência de interesses está localizada não apenas entre os indivíduos que integram a organização, mas também no interior de cada um(MORGAN, 1991).

Admitindo-se como verdadeira a existência de interesses divergentes em quaisquer grupos sociais, dos mais simples, como os grupos de amizade e a família, aos mais complexos, como as organizações, não há como deixar de considerar que as atividades organizacionais estejam contaminadas pelos interesses individuais. Ao mesmo tempo, o funcionamento das organizações em grande parte, se explica e resulta das interações que se estabelecem entre estes interesses.

Neste sentido, os mais diferentes arranjos organizacionais não decorrem simplesmente de um processo natural e biológico inevitável. Na perspectiva política, a escolha de um modelo gerencial descentralizado ou centralizado, de uma dada departamentalização, dos objetivos da organização e outros mais, não é determinada pelas características ambientais e do processo de trabalho organizacional. Quaisquer opções organizacionais resultam, em última instância, de decisões e ações conscientes e políticas, dos indivíduos e dos grupos(BACHARACH e LAWLER, 1980).

A organização pode ser assim considerada como uma rede frouxamente articulada de pessoas com interesses divergentes, que circunstancialmente podem estar juntas em função de desejar alcançar alguma coisa comum. As pessoas e os grupos se aglutinam formando coalizões, com o intuito de cooperar e competir pelos mais diversos motivos(MORGAN, 1991).

Para Bacharach e Lawler(1980), a organização é

"uma ordem negociada politicamente..., onde os atores nas suas transações cotidianas permanentemente barganham, continuamente constroem e reconstroem coalizões e constantemente utilizam-se de táticas de influência."

A noção da coexistência de interesses divergentes recoloca mais duas outras dimensões - o conflito e o poder - a serem consideradas na vida organizacional(MORGAN, 1991).

Se os indivíduos têm interesses na organização e buscam satisfazê-los, na medida em que sejam divergentes, naturalmente trazem à tona os conflitos.

Portanto, não há alternativa. Nas organizações, os conflitos sempre estão presentes, no interior de cada um, entre as pessoas, entre os grupos e no interior destes. Apresentando-se das mais variadas formas, explicitamente ou não, através de divergências quanto à estrutura adotada, quanto aos cargos ocupados, papéis desempenhados, quanto à distribuição de recursos, quanto às prioridades organizacionais, e outras mais, os conflitos representam, em última instância, as diferenças de interesses "*reais ou percebidas*", existentes na organização(MORGAN, 1991).

A hierarquia, considerada como um mecanismo de integração do sistema cooperativo que é a organização, constitui-se também numa razão para a existência de competição. A hierarquia representa um sistema de carreira no qual os indivíduos desejam ascender. Não há como todos ocuparem os poucos lugares existentes no topo da hierarquia. Assim, haverá competição e existirão poucos ganhadores e muitos perdedores(MORGAN, 1991).

De igual maneira, a divisão interna do trabalho existente, diferenciando os setores segundo as áreas de conhecimento específico, e segundo a forma de organização de suas atividade, leva como já visto na perspectiva contingencial, à constituição de objetivos diferenciados e por vezes divergentes.

Mais uma vez, não há como deixar de se reconhecer que a organização é mais que um sistema cooperativo. Ela é também, ou fundamentalmente, um sistema competitivo. Quaisquer dimensões da organização, seus objetivos, sua divisão de trabalho, sua estrutura hierárquica, seus cargos e funções, seus recursos podem, potencialmente, constituir-se em objeto de cooperação ou competição, na dependência dos interesses e motivações individuais que momentaneamente estejam prevalecendo.

Portanto, a integração do todo organizacional e o alcance dos objetivos

organizacionais é bastante problemática. Dependem em parte do comprometimento das pessoas que integram a organização que, por sua vez, decorre do grau de recíproca dependência entre os diferentes integrantes da organização.

Além dos interesses, dos conflitos e da negociação, outra dimensão organizacional enfatizada na perspectiva política é o poder, compreendido como *"a habilidade de conseguir-se que outra pessoa faça alguma coisa que ele não teria outra maneira de fazer"*. É o meio utilizado para a resolução dos conflitos organizacionais(MORGAN, 1991). Segundo Motta(1991), o poder *"é a capacidade de influenciar outra pessoa ou grupo a aceitar idéias diferentes e a se comportar de maneira diversa do que usualmente faria"*. O poder é definido por Scott(1981), como *"um potencial para influência"*. Para Mintzberg(1983), o poder *"é a capacidade para realizar ou influenciar os resultados organizacionais"*.

O poder, portanto, está relacionado à capacidade de influenciar derivada, em última instância, do controle de recursos organizacionais, compreendidos de uma forma ampla.

O poder individual ou de um grupo tem como bases, o controle dos recursos utilizados para a concretização de seus interesses. São considerados recursos, o dinheiro, as habilidades, o conhecimento técnico, a informação, a estrutura formal de hierarquia, entre outros.

Alguns elementos são considerados essenciais para a compreensão das relações de poder nas organizações. O primeiro, é que o poder se coloca numa situação interativa entre pessoas e grupos, de dentro e de fora da organização. Decorrente desta interação, o poder é função da dependência existente entre os diferentes atores organizacionais. O poder de um ator, origina-se na dependência de outro ator, dos recursos controlados pelo primeiro. O grau de dependência varia de acordo com a disponibilidade de fontes alternativas de recursos e com o valor a eles atribuído.

Esta é uma perspectiva de poder multidimensional, e não de poder compreendido

como o resultado de uma soma zero, onde um ator ganha poder às custas da perda de igual quantidade de poder do outro. No contexto de poder soma-zero, a negociação ou barganha é impossível ou desnecessária(BACHARACH e LAWLER, 1980).

Para Motta(1991), o poder segundo uma perspectiva pluralista está baseado em três premissas. Primeiramente, que os indivíduos na organização, *"são significativamente motivados e agem segundo interesses próprios."* Consequentemente, quando por si só não conseguem assegurá-los, *"procuram formar coalizões para defender suas preferências e interesses"*. Por último, compreende que a luta pelo poder é inevitavelmente, *"parte integrante da vida organizacional"*, já que a possibilidade de influenciar as decisões e ações na organização, depende da capacidade dos indivíduos e grupos de manter e acumular poder.

Outra característica das relações de poder nas organizações, é que o poder como resultado da interação e da dependência existentes entre os diferentes atores, coloca a possibilidade do exercício de sanções na forma de recompensas ou punições. Dependendo da situação e do indivíduo, o tipo de recurso a ser utilizado como forma de sanção será diferente.

Morgan(1991) identifica várias formas de influência. A mais evidente é a autoridade formal, compreendida como a representação do poder legitimado. Compreende um conjunto de pessoas ou posições vinculadas pela estrutura hierárquica e um conjunto de normas ou regras que definem a distribuição e o exercício do poder, bem como suas responsabilidades. Uma outra, constitui-se no controle dos diferentes recursos necessários ao processo de produção, recursos financeiros, materiais, humanos, tecnológicos, informacionais, bem como o conhecimento sobre os integrantes do ambiente externo, que se constituem em clientela potencial dos produtos organizacionais. De igual maneira, controlar os diferentes arranjos organizacionais, como a diferenciação e a integração, a centralização e a descentralização, dentre outros, assim como controlar os diferentes elementos necessários ao processo decisório, podem

ser utilizados como fontes de poder. Outra fonte de poder, é o controle das interfaces entre os diferentes setores da organização e destes, com o ambiente. O estabelecimento de relações informais, de alianças e de coalizões, também constitui fonte de poder para aqueles nelas envolvidos.

O poder na perspectiva política, é compreendido como uma categoria central na dinâmica das organizações. As pessoas nas organizações motivadas pelos seus interesses, tentam exercer sua influência no sentido de fazer prevalecê-los e para tanto, utilizam-se de várias fontes de poder.

Para Motta(1991), *"o poder existe em todas as relações sociais, conforme as qualidades e recursos de um indivíduo ou grupo relativamente a outros."*

Estas três categorias intimamente relacionadas, interesses, conflito e poder, orientam os diferentes processos de mútua influência na organização, como a formação de coalizões e a negociação que nelas e entre elas se estabelece. Estes processos acabam por moldar o cotidiano das organizações.

Segundo Motta(1991), o alcance dos objetivos organizacionais *"depende do uso adequado do poder e da solução de conflitos"*. Na perspectiva política, segundo Motta(1991), que por sua vez cita Pettigrew(2), *"o processo decisório organizacional é antes de tudo uma conjunção de interesses, acomodações de conflitos e lutas de poder"*.

Outro conceito importante, a ser rediscutido e ampliado a partir da compreensão da organização como um sistema político, é o da racionalidade organizacional, entendida na perspectiva racional e natural, como o agir organizacional mais racional possível ou mesmo satisfatório, no sentido de atingir seus objetivos. Se não existem apenas os interesses organizacionais, deve ser admitido que existam tantas racionalidades quantos interesses diferentes houver(PRESTES MOTTA,1990).

A chamada racionalidade organizacional é considerada por alguns autores, como

2 - Ver Pettigrew, Andrew. The Politics of Organizational Decision Making, Londres, Tavistock, 1973.

Prestes Motta(1990), como um mito, ou como um *"grande guarda-chuva que oculta uma variedade enorme de interesses relacionados ao trabalho ou tarefa, a carreira e o mundo exterior"*. Desta forma, ainda segundo o autor, aquilo que para um indivíduo constitui-se em objetivos e meios racionais para alcançá-los, não necessariamente o são, para outros indivíduos.

O argumento da racionalidade, é por vezes utilizado, segundo Morgan(1991) como mera justificativa para alcançar aspirações pessoais, que assim parecem racionais, do ponto de vista organizacional.

Para Karpik(1981), nas organizações são observadas várias racionalidades as quais são por ele denominadas, de *"lógicas de ação"*. Estas, para o autor, representam um conjunto de princípios que orientam e imprimem coerência às ações, que visam determinados objetivos. São

"princípios de reunião e dispersão,...que estabelecem diferenças e semelhanças entre os atores... e são princípios de ação, ao redor dos quais indivíduos e grupos organizam suas atitudes e comportamentos...Fornecem ligação entre objetivos coletivos e individuais...".

2.3.1 - NA PERSPECTIVA DE PERROW

Um dos autores a ser considerado nesta perspectiva é Charles Perrow. Apesar do autor enfatizar a tecnologia, como a principal determinante das dimensões organizacionais, na sua compreensão e análise da organização e seus objetivos, as categoria interesse e poder, embora não exclusivamente, aparecem como fatores que podem influenciar ou mesmo determinar, os objetivos organizacionais.

Perrow(1972) compreende que as organizações são criadas para atingir alguma finalidade específica. Reconhece entretanto, a princípio, que os objetivos da organização são múltiplos, originados de diferentes fontes e podendo também ser conflitantes.

Os objetivos organizacionais na visão do autor, são singulares a cada organização, representando um fator chave para um adequado entendimento do comportamento organizacional e do seu *"cárater diferenciador"*. Resultam da interação de várias influências que podem ser transitórias ou duradouras, como a

"personalidade dos executivos de alto nível, o ambiente da comunidade... as normas e valores de outras organizações ... a tecnologia, a estrutura ... e o ambiente cultural".

Apesar de sujeitos às mais diferentes influências, Perrow(1972) chama a atenção para a necessidade de estabelecer *"objetivos firmes"* para a organização, pois desta forma a organização pode ficar menos submetida às forças ambientais. Além disso, possibilita que os meios sejam mais congruentes e apropriados para alcançá-los. Neste sentido considera-os como *"um recurso positivo para as organizações."* No entanto, ressalta que os objetivos devem ser alterados, tendo em vista os fatores influenciadores. Cabe ainda aos dirigentes da organização perceber se aqueles objetivos continuam ou não adequados.

Importante contribuição de Perrow(1961) ao estudo dos objetivos organizacionais foi a distinção por ele realizada entre objetivos oficiais e operacionais.

Segundo o autor, objetivos oficiais são os

"propósitos gerais da organização tal como existem... nos relatórios anuais, declarações públicas feitas por seus dirigentes e nos pronunciamentos das autoridades".

Utilizando como exemplo um hospital, seus objetivos oficiais seriam a promoção da saúde através da cura da doença, de atividades de prevenção, ensino e pesquisa. Esta é uma definição de objetivos extremamente vaga e genérica. Não necessariamente representa aquilo que a organização está de fato realizando. Portanto, Perrow(1961) propõe a utilização do conceito de objetivos operacionais, aqueles que *"dizem o que a organização está tentando realmente fazer, independentemente do que é oficialmente declarado como sendo os seus fins"*.

Esta diferenciação assemelha-se àquela realizada por Etzioni(1984) entre objetivos estabelecidos e reais, sendo que existe uma importante diferença na explicação destes autores, quanto ao porquê da existência destes dois tipos de objetivos. Para Etzioni, como já apresentado, os objetivos reais são explicados pelo aparecimento de necessidades naturais dos diferentes subsistemas organizacionais relacionadas à sua sobrevivência. Para Perrow(1965), os objetivos operacionais estão relacionados aos interesses ou fins específicos de um grupo particular na organização(GEORGIU, 1981; MARINHO, 1990).

Este grupo particular é para Perrow(1965), o grupo dominante na organização, aquele responsável pela tarefa mais crítica da organização num dado momento de seu desenvolvimento tecnológico. Os objetivos operacionais são os objetivos deste grupo dominante. Refletem assim, os imperativos da tarefa circunstancialmente mais importante.

Perrow(1961) identifica a existência de quatro tarefas básicas de uma organização: obter recursos para se estabelecer e se expandir; buscar legitimidade; dispor das

habilidades necessárias; e coordenar as atividades internas e as relações da organização com seu ambiente.

Estas tarefas não são igualmente importantes no tempo. Sua relevância varia de acordo com a natureza do processo de trabalho da organização e, em última instância, com o tipo e o grau de desenvolvimento de sua tecnologia, já que para Perrow(1961), esta é a principal determinante e condicionante das dimensões e do funcionamento da organização. Os objetivos operacionais, aqueles que de fato estão sendo perseguidos, são assim determinados, podendo portanto, modificar-se em razão de possíveis alterações na tecnologia utilizada pela organização.

Perrow(1965) evidencia que as mudanças ocorridas na natureza e importância das tarefas hospitalares, determinaram ao longo do tempo, que diferentes grupos assumissem posições dominantes na organização, na dependência de serem ou não, os principais responsáveis pela tecnologia necessária ao desenvolvimento daquelas tarefas.

Utilizando como exemplo as organizações hospitalares, Perrow(1965) considera que seus objetivos foram moldados e modificados, em função do grupo que, num dado momento, assumiu a responsabilidade, por solucionar e desenvolver as tarefas mais cruciais destas organizações, e por isto se tornou o grupo dominante, aquele que acumulava uma parcela maior de poder na organização. O autor mostra a transição gradual do poder no hospital, dos proprietários e acionistas para os médicos, em função da crescente habilidade destes, em responder às demandas médicas, apresentadas pelos pacientes.

O desenvolvimento tecnológico permitiu a introdução de novos recursos de diagnóstico e tratamento, fazendo com que estes, se constituíssem nos recursos chaves do hospital. Consequentemente, aqueles que estavam mais habilitados para compreendê-los e utilizá-los, os médicos, tornaram-se responsáveis por seu controle. O trabalho médico passa a ser a principal atividade para o hospital, até mesmo porque, os pacientes particulares dos médicos passam a ser, cada vez mais, atendidos no hospital,

tornando-se inclusive, numa fonte de receita para o hospital. Esta era mais uma razão para a perda relativa do poder dos proprietários e acionistas, cuja função principal, a de conseguir recursos financeiros, já não era mais tão crítica para o hospital.

Mais recentemente, uma nova transição do poder ocorre, dos médicos para os administradores, em razão da importância que passam a ter, as tarefas de coordenação das atividades internas, e de gerenciamento e monitoramento das relações estabelecidas entre a organização e o ambiente, para as quais os administradores estão mais habilitados a desenvolvê-las. Segundo Perrow(1965), esta seria

" a lógica de transformação para muitos hospitais, desde que a complexidade crescente das técnicas médicas requer uma interdependência crescente das unidades, a coordenação de recursos e de pessoal, e a racionalização da estrutura de suporte."

Além disso, segundo Perrow(1965), o fato do hospital ter-se tornado um centro de referência médica para outras agências de saúde, quer para elas, prestando serviços diretos, quer com elas, articulando-se para realização de atividades de diagnóstico e tratamento, tornou os contatos externos com estas agências, uma atividade de grande importância para o hospital. Consequentemente, atribuiu maior influência interna para aqueles que eram responsáveis pela coordenação e execução das atividades de interface, entre o hospital e o ambiente - seus administradores.

Por último, o autor identifica mais um elemento para justificar a crescente importância e influência que os administradores passam a ter no hospital, qual seja, a sua também crescente profissionalização na área de administração hospitalar.

Esta transição de poder no hospital, entre os três grupos profissionais identificado por Perrow(1965), ocasionou também um consequente ajuste dos objetivos do hospital, ao longo do tempo, de forma associada aos interesses do grupo dominante.

Primeiramente, o hospital funcionando como um alojamento ou casa de caridade, estava voltado para o cuidado paliativo e filantrópico da população pobre. Posteriormente, enquanto centro médico de referência, dedicou-se ao atendimento dos

casos interessantes para os profissionais médicos, isto é, aqueles pacientes que pagavam pelo atendimento e os que tornavam-se objeto de suas pesquisas. Finalmente, com o crescente poder dos administradores, a racionalização e a eficiência passaram a ser objetivos do hospital.

Assim, chama a atenção para o fato de como as modificações tecnológicas, associadas aos interesses dos grupos que dominam a tecnologia mais importante para o hospital num dado momento, condicionam e modificam os objetivos de uma organização hospitalar.

Para Marinho(1990), a análise de Perrow sobre os objetivos de uma organização

"tem o grande mérito de levar em consideração a estrutura de poder numa dado momento e o contexto histórico das transformações na medida em que mostra como os objetivos podem igualmente experimentar mudança, ao longo do tempo, em função da natureza da tarefa a ser desempenhada, com diferentes grupos emergindo como grupos dominantes na estrutura de poder das organizações."

Georgiou(1981), entretanto, relativiza o poder de definição dos objetivos organizacionais pelo grupo dominante. Os objetivos da organização segundo o autor, são também modificados, condicionados e limitados pelas demandas dos outros grupos organizacionais, que também detém algum poder na organização, dos quais o grupo dominante depende, para alcançar seus próprios objetivos.

2.3.2 - NA ABORDAGEM DAS COALIZÕES DE PODER

A relativização do poder do grupo dominante apontada por Georgiou(1981), é melhor explorada no trabalho de Richard Cyert e James March(1963), através da compreensão por eles desenvolvida, sobre a formação de coalizões nas organizações. Interessados como Simon, na definição de uma teoria para o processo decisório organizacional e compreendendo o papel fundamental dos objetivos organizacionais neste processo, passaram a tentar esclarecer o que sejam objetivos organizacionais e como são determinados.

É na perspectiva da imagem de organização como um "sistema frouxamente acoplado", que Cyert e March(1963) definem a organização como uma coalizão frouxamente ligada⁽³⁾ e mutável, de grupos de interesses. A organização constitui-se assim, em múltiplos centros de poder. É a expressão e o resultado das relações entre as diferentes coalizões existentes, compreendida como os diversos grupos de indivíduos que compartilham certos interesses ou determinados objetivos e que lutam para que estes, sejam prevalentes na organização.

Os autores Bacharach e Lawler(1980) consideram as organizações como uma rede de grupos de interesse. Segundo eles, existem três grupos críticos na organização: os grupos de trabalho, constituídos segundo a divisão de trabalho entre os departamentos e no interior de um mesmo departamento, ou de acordo com a hierarquia organizacional;

3 - Para Scott, as organizações enquanto sistema social, podem conter elementos que guardam pouca interrelação uns com os outros, e que são capazes de agir autonomamente. Nem sempre as regras definem as ações. Isto caracteriza as organizações como "sistemas frouxamente acoplados". Para Weick, que é citado por Scott, a idéia de que os eventos organizacionais acoplados, podem estar interligados frouxamente, pretende construir uma imagem de que os eventos embora interligados, guardam alguma independência. Nas palavras daquele autor, "*cada evento também preserva sua própria identidade e alguma evidência de seu isolamento físico e lógico...*". Além disso, conduz à compreensão, de que tais eventos são instáveis, passíveis de dissolução, e guardam conotações implícitas, características estas, que são segundo o mesmo autor, as "*características cruciais da cola que mantém a organização junta*".

Ver Scott, Richard. op.cit.

Ver Weick, Karl. Educational Organizations as Loosely Coupled Systems, in Zey-Ferrel, Mary e Aiken, Michel. op.cit.

os grupos de interesse, que são aqueles que tem consciência da coincidência de objetivos e destinos comuns na organização, para além de sua interdependência nas atividades de trabalho; e finalmente, as coalizões, que são os grupos de interesses comprometidos em alcançar um objetivo comum.

Para estes autores, os grupos de interesse estão permanentemente preocupados, em influenciar as decisões que interferem na sua posição na organização. Neste sentido, quando situações conflitantes se apresentam, coloca-se para um grupo de interesse, a opção de permanecer isolado, perseguindo seus objetivos, ou de formar uma coalizão com outro grupo, para agora não mais perseguir os seus objetivos, mas sim, objetivos comuns aos integrantes da coalizão.

Para Cyert e March(1963), a noção de coalizão(o que é, como se forma e como se movimenta) é central para compreender o funcionamento da organização, seus objetivos e como ocorre sua definição. Aliás, o conceito de coalizão, segundo Stevenson, Pearce e Porter(1985), tem sido considerado *"um conceito central no estado da arte do pensamento sobre a teoria/comportamento organizacional"*, decorrente de uma compreensão sobre a organização, a partir de uma perspectiva política.

As coalizões para Cyert e March(1963), são compostas pelos dirigentes, funcionários, acionistas, fornecedores, consumidores, agências reguladoras, e outros que estabeleçam relações de troca e que detenham algum poder. Enfim, engloba todos aqueles, de quem de alguma forma a organização depende, e aqueles, que por sua vez, dependem da organização.

Assim, a percepção da dependência é um elemento fundamental para a formação das coalizões. Ou seja, na medida que os atores se dão conta, que não têm poder suficiente para sozinhos alcançar os resultados que desejam, e que tais resultados, dependem das interrelações estabelecidas com outros atores, tendem a formar coalizões. A rigor, segundo Bacharach e Lawler(1980), *"são poucas as experiências humanas que não ocorrem num contexto de relações de dependência"*.

As coalizões não são grupamentos criados automática e naturalmente pela estrutura da organização, tais como os grupos de trabalho. Elas resultam destes e dos grupos de interesse, e são social e intencionalmente construídas. Neste sentido, não são parte da estrutura formal da organização, mas sim produtos emergentes do processo informal de influência, que modificam permanentemente, as manifestações da estrutura formal da organização(BACHARACH e LAWLER, 1980).

Embora a estrutura formal não gere automaticamente as coalizões, ela pode criar tendências, na dependência da estrutura de autoridade da organização. Organizações mais descentralizadas são mais suscetíveis à formação de coalizões. As coalizões são fenômenos sociais importantes, porque podem influenciar e modificar as relações de poder estabelecidas formalmente, pela hierarquia de autoridade(BACHARACH e LAWLER, 1980).

Para Cyert e March(1963), como a existência de interesses divergentes e de conflitos na organização é inevitável, a questão central na organização, seu principal movimento, se traduz num processo contínuo de "*aprendizado-barganha*". Este movimento se estabelece entre os diferentes grupos, internos e externos à organização, isto é entre as coalizões que tem como objeto central a disputa pelos recursos organizacionais. A alocação de recursos, nesta perspectiva, não resulta de uma ação racional, mas da atuação das diferentes forças políticas que estejam em jogo.

Para Bacharach e Lawler(1980), as coalizões trazem à tona e explicitam, os interesses divergentes mais críticos na organização. As coalizões são compreendidas pelos autores, como um artifício estratégico para aumentar o poder do grupo de interesse, frente a outros grupos, tendo em vista algumas questões específicas. Por um lado, se constituem no principal elemento da ação política e, por outro, no mecanismo chave para o estabelecimento e definição do jogo político. O jogo político, por sua vez, toma a forma da barganha entre as coalizões. A barganha entre as coalizões é considerada, como a essência dos conflitos na organização, a sua mais concreta

manifestação. Neste sentido, para os autores, *"barganha e conflito nas organizações são fenômenos indistinguíveis"*. As coalizões são os mecanismos que cristalizam e trazem à tona os interesses conflitantes na organização, e a barganha é o processo pelo qual os indivíduos agem e lidam com tais conflitos.

Para Bacharach e Lawler(1980), as relações de barganha que se estabelecem dentro de uma coalizão e entre coalizões, apresentam aspectos distributivos e integrativos ao mesmo tempo. Há portanto, a expectativa de compartilhamento de objetivos, de maximização dos resultados e de sua consequente distribuição. Existe uma utilidade subjetivamente esperada pelos integrantes das coalizões. Na barganha intra-coalizão, os aspectos integrativos tendem a ser mais proeminentes, justo porque, é a pressuposição de interesses comuns que mobiliza a coalizão. O contrário ocorre na barganha inter-coalizão, onde os aspectos distributivos tendem a sobressair-se, pois aqui é a perspectiva de minimizar os conflitos que mobiliza as coalizões.

Outra característica importante das relações de barganha apresentada pelos autores, é que estas podem se apresentar de forma explícita ou tácita. As relações explícitas são aquelas em que há um reconhecimento mútuo, entre as partes, da legitimidade de cada uma, em participar de um processo explícito e formal de barganha. Nestas, as linhas de comunicação estão mais abertas, há um maior potencial para o estabelecimento de compromissos, para o consentimento e para a concessão; além disso, há uma tendência à estabilização dos acordos entre as partes envolvidas. É considerada como a maneira mais efetiva de reduzir os conflitos e manter uma relação harmoniosa ao longo do tempo. Nas relações tácitas, as linhas de comunicação são mais obstruídas, as partes não reconhecem publicamente seu envolvimento nas relações de barganha, e o compromisso, o consentimento, a concessão e a estabilidade, são mais precários.

Cada coalizão tenta impor seus objetivos para a organização como um todo. No entanto, nenhuma coalizão é capaz de determinar completa e exclusivamente os objetivos da organização. Por isto, a negociação é necessária. As coalizões interagem,

barganham entre si, informadas pelas suas divergências e pela compreensão da importância de sua mútua participação no processo.

A cooperação é assegurada, segundo Cyert e March(1963), através de um mecanismo compensador denominado pelos autores de *"pagamentos à parte"*. Ou seja, uma coalizão para garantir a participação de outra, atende de alguma maneira às demandas daquela. Os *"pagamentos à parte"* segundo os autores *"são realizados de diferentes formas, através de dinheiro, de um tratamento particular, da autoridade, da política organizacional, e outros"*. Importa que, quaisquer que sejam as formas de pagamento utilizadas, sejam pagamentos políticos ou monetários, em última instância, tais recompensas representam um *"constrangimento político"*.

Ainda segundo os autores, há portanto, uma coalizão que é dominante, aquela que detém maior controle e poder de decisão, sobre os recursos organizacionais. Embora a identificação dos limites de uma coalizão de forma definitiva seja impossível, na visão dos autores, é possível localizar a coalizão dominante, num dado breve limite de tempo ou numa decisão específica. A coalizão pode assim ser considerada como uma *"região funcional ou temporal"*.

Para Scott(1981), a coalizão dominante acumula maior parcela do poder na organização em razão de tres condições, identificadas por David Hickson e colaboradores(4). Primeiramente, tem mais poder na organização, o grupo que melhor enfrenta as incertezas ambientais, e ao mesmo tempo consegue reduzir seu impacto nos diferentes setores organizacionais. Além disso, quanto menos substituível forem as tarefas e atividades daquele grupo para a organização como um todo, maior o seu poder. E finalmente, importa o grau de *"centralidade"* destas tarefas, avaliado segundo dois aspectos: pela intensidade de sua penetração nas demais tarefas organizacionais, ou seja, pelo quanto que seu fluxo de trabalho está conectado com outros fluxos, e pela

4 - Ver Hickson David J., C.R. Hinings, C.A. Lee, R.E Scheneck and J.M. Pennings. A Strategic Contingencies Theory of Intraorganizational Power, Administrative Science Quartely, 16, 1971.

rapidez e severidade, com que seu fluxo de trabalho afeta os resultados finais da organização. Quanto maior centralidade das tarefas organizacionais maior poder.

Outra condição importante no processo de negociação entre as coalizões, segundo Cyert e March(1963), é a possibilidade de se atender sequencial ou simultaneamente, objetivos conflitivos, desde que haja recursos excedentes para tanto. Nestas situações, ocorre aquilo que os autores denominam de "*slack organizacional*". Ou seja, em períodos de não crise, a organização pode realizar "*pagamentos aos membros da coalizão, além do necessário para manter a organização*". Exemplos de "*slack*", seriam salários maiores que o necessário para manter uma dada mão de obra, o oferecimento de serviços públicos, em volume superior ao requerido, regalias para alguns funcionários, além do necessário para mantê-los na organização, etc..

Para os autores, é neste processo de barganha sobre os "*pagamentos à parte*", que os objetivos organizacionais são definidos. Em função disto, os objetivos organizacionais tendem segundo os autores, a ser inconsistentes.

É então, num processo contínuo de negociação, em torno dos interesses da coalizão dominante e de outras coalizões e grupos de interesse, externos e internos à organização, que a coalizão dominante mantém, reforça, ou perde poder. É neste processo também, que a coalizão dominante se modifica e que os objetivos da organização são ajustados à nova composição de poder e de interesses. Os objetivos da organização são, em última instância, os produtos que resultam de um jogo negociado de poder e de interesses.

É neste processo de negociação acirrada entre as diferentes coalizões e dentro das coalizões, que ocorre o estabelecimento dos objetivos organizacionais. Assim, dizer que os objetivos da organização são os objetivos de seus dirigentes, ou que são os objetivos consensuais de uma coletividade, não retrata a realidade.

No entanto, Cyert e March(1963) alertam para o fato de que os objetivos organizacionais não são tão instáveis assim, pois não estão submetidos única e

exclusivamente ao processo contínuo de negociação entre as coalizões. Existem na organização, mecanismos estabilizadores, tais como os sistemas de controle mútuo e a memória da organização. A orçamentação e a divisão de trabalho com suas respectivas funções funcionam como comprometimentos prévios explicitamente elaborados, ou seja, como constrangimentos à mudança contínua. Além disso, a memória organizacional compreendida como os *"precedentes organizacionais"*, informa e constrange o comportamento dos integrantes da coalizão. São precedentes para situações atuais e futuras, as barganhas, os orçamentos, as funções passadas. Assim, os objetivos organizacionais não mudam radicalmente de um período para outro, e sim evoluem gradualmente ao longo do tempo, com base nestes mecanismos estabilizadores.

Mintzberg(1983) comentando o trabalho de Cyert e March, considera que diferentemente da visão apresentada pela perspectiva racional e natural, estes autores colocam os diversos integrantes da organização dentro do processo decisório, onde barganham para determinar os resultados e estabelecer os objetivos organizacionais. Complementa ainda, que para os autores, os objetivos organizacionais não estão dados a princípio, como nas perspectivas racional e natural, mas emergem do processo permanente de barganha entre as coalizões. Para Mintzberg(1983), *"a teoria de Cyert e March de formação de objetivos torna-se um jogo de poder no qual múltiplos atores disputam por benefícios pessoais."*

Mintzberg(1983) considera o comportamento organizacional como um jogo de poder entre jogadores que procuram controlar as decisões e ações organizacionais. Estes jogadores são por ele denominados de *"influentes"*. Influentes, são aqueles ou aquilo que potencialmente, tem capacidade para exercer influência. As pessoas, para serem influentes, precisam deliberadamente optar e gastar suas energias, para tentar mudar diferentes situações organizacionais. Para ser influente, *"é preciso ter alguma fonte ou base de poder e quando necessário, um modo de agir politicamente hábil."*

São influentes internos segundo o autor, os *"funcionários"* da organização *"que determinam os resultados, os quais expressam os objetivos perseguidos pela organização"*. São influentes externos, os que não são funcionários e *"que usam suas bases de influência para tentar afetar o comportamento dos funcionários"*. Influentes internos, podem também em algumas circunstâncias, ser influentes externos, como a situação em *"...que os funcionários em comum acordo e através de suas associações profissionais...tentam influenciar..."* a organização. O autor cita J.Pfeffer e G. R. Salancik(5), para chamar atenção de que *"os atores podem ser parte da organização assim como de seu ambiente"*.

Esta distinção permite que Mintzberg(1983) identifique dois tipos de coalizão. A coalizão externa composta pelos influentes externos e a coalizão interna, constituída pelos influentes internos.

Podem compor a coalizão externa, segundo o autor, (1)*"...os proprietários que mantém o direito de propriedade da organização..."*;(2) *"...os associados"*, compreendidos como

"...os fornecedores dos insumos da organização, os clientes de seus produtos e serviços, assim como seus parceiros de negócios e seus competidores..."; (3)*"...as associações profissionais...ainda que representem pessoas que podem ser influentes internos..."*;

(4) um grupo abrangente, denominado de *"público"*, que compreende

"...os grupos genéricos como as famílias, os líderes de opinião, e outros, os grupos de interesses tais como os movimentos de preservação ou as instituições da comunidade local e os governos em todas suas formas - nacional, regional, local, departamentos e ministérios, agência reguladoras e outras mais";

(5) e finalmente, *"...os diretores da organização"* que constituem

"um tipo de coalizão formal... que reúne representantes dos demais grupos e dos influentes internos...e que está situado na interface das coalizões externa e interna",

5 - Ver Pfeffer, J. e Salancik, G.R. The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective, New York: Harper 7 Row, 1978.

também denominado de "...*conselho de diretores.*"

Segundo Thompson(1976), os grupos que compõem a coalizão externa, são aqueles situados nos ambientes operacionais da organização, a parte do ambiente mais geral, com a qual a organização mantém estreita interação e com o qual permanentemente, estabelece trocas.

Por outro lado, segundo Mintzberg(1983), a coalizão interna compreende: (1) o gerente superior, aquele que se encontra no topo da hierarquia de autoridade da organização; (2) "*os operadores,...aqueles que produzem os produtos e serviços...ou os que dão apoio direto aos primeiros*"; (3) "*os gerentes de linha*"...ou intermediários que estão entre o gerente geral e os operadores;

(4) "*os analistas da tecnoestrutura,...os especialistas ... responsáveis pelo desenho e operação dos sistemas de planejamento e controle*"; (5) "*a equipe de suporte,...os especialistas...que fornecem o suporte indireto para os operadores e para o resto da organização*";

(6) e finalmente a "*...ideologia da organização - o conjunto de crenças compartilhado pelos seus influentes internos que a distingue de outras organizações*".

Mintzberg(1989) também denomina ideologia de cultura organizacional.

Assim, segundo o autor, os integrantes da organização compõem uma coalizão interna que disputa poder e recursos, e os representantes de setores do ambiente compõem uma coalizão externa que tenta influenciar a organização. O autor entretanto, chama a atenção para a importância da coalizão interna, pois "*é através dos esforços da coalizão interna que a organização funciona e determina seus objetivos. Este é o coração do sistema de poder organizacional*".

Segundo Mintzberg(1983), existem vários tipos de coalizões internas e externas. Dependendo "*das circunstâncias um grupo assume a posição de maior importância*", isto é, um deles apresenta-se como a coalizão dominante.

Mintzberg(1983) identifica cinco tipos de coalizões internas. A coalizão interna é denominada de "*coalizão personalizada*", quando a gerência superior emerge

"soberana e absoluta", ou seja, o poder está concentrado no gerente de nível hierárquico mais elevado da organização. É denominada de "*burocrática*", quando o poder embora também localizado na gerência superior, se desloca para a gerência intermediária e a tecnoburocracia. A coalizão é "*ideológica*", quando o poder está descentralizado, difundido pela organização como um todo, abarcando gerentes e não gerentes. Ela é "*profissional*", quando o poder reside naqueles que dominam o conhecimento e as habilidades críticas para o funcionamento da organização. E finalmente, ela é denominada de "*politizada*", quando não há nenhum foco de poder predominante na organização. Nesta, os conflitos são dominantes .

Com relação às coalizões externas, Mintzberg(1983) identifica três tipos respectivamente, da mais para a menos poderosa, considerado o grau de dependência da organização em relação a seu ambiente. A coalizão é considerada "*dominada*", quando um influente ou um grupo de influentes externos, domina a coalizão externa e também controla a coalizão interna. Aqui, o poder é significativo e concentrado. É denominada de "*dividida*", quando o poder está dividido entre vários influentes externos, nenhum influente ou grupo de influentes domina o outro, e cada um, detém algum poder sobre a organização. Aqui, o poder, embora significativo, está dividido entre os grupos ou indivíduos que têm objetivos conflitantes. Por último, é denominada de "*passiva*", a coalizão que pelo crescente número de influentes externos, faz com que o poder se torne cada vez mais difuso, a ponto de se deslocar completamente para a coalizão interna.

Mintzberg(1983) identifica quinze combinações possíveis entre as coalizões externas e internas. Destas, apenas seis a seguir apresentadas resumidamente, são por ele consideradas como "*naturais*"(6).

6 - São denominadas por Mintzberg de naturais, as combinações consistentes ou harmoniosas e estáveis. São, por sua vez, consistentes ou harmoniosas, aquelas combinações onde ambas as coalizões experimentam conflitos igualmente. Combinações naturais de coalizões, são aquelas onde há um foco central de poder.

Ver Mintzberg, Henry. op. cit.

Primeiramente, a combinação entre a coalizão externa dominada e a coalizão interna burocrática. Existe neste caso, uma dependência da organização em relação a um influente ou grupo de influentes externos poderosos, que controla indiretamente a organização, através da gerência superior e da tecnoburocracia, centralizando as decisões e formalizando os procedimentos internos. Nesta situação, o foco de poder está localizado na coalizão externa.

Outra combinação citada pelo autor, é a da coalizão externa dividida com a coalizão interna politizada. Aqui, o conflito existente no interior das coalizões é de intensidade semelhante. O poder encontra-se disperso em ambas as coalizões. Como a coalizão externa está dividida, ou seja, diferentes centros de poder disputam influência, a coalizão interna se articula com diferentes partes da coalizão externa, segmentando quaisquer formas de poder concentrado interno.

Outra possibilidade de combinação é a da coalizão externa passiva, com uma das quatro coalizões internas - personalizada, profissional, ideológica e burocrática. Aqui o foco de poder se localiza numa das coalizões internas. Para o autor, nesta situação a *"passividade da coalizão externa permite considerável margem de ação para o estabelecimento das relações de poder na coalizão interna"*. Existe assim, um *"vácuo de poder"* externo que é preenchido naturalmente por alguma coalizão interna que possua um poder concentrado.

Em todas as combinações apresentadas até então, exceto na coalizão externa dividida com a coalizão interna politizada(mesmo assim é considerada pelo autor como uma combinação natural, possivelmente pela igual intensidade de conflitos existente no interior de cada uma), existe um foco de poder que prevalece, que domina, seja na coalizão externa seja na interna.

Existem ainda, outras possibilidades de combinação entre as coalizões externas e internas. A coalizão externa dominada, com a coalizão interna personalizada, com a ideológica, com a profissional, ou com a politizada; a coalizão externa passiva com a

coalizão interna politizada; e a coalizão externa dividida com a coalizão interna burocrática, com a personalizada, com a ideológica ou com a profissional. Nestas nove combinações, não há um foco de poder que predomine. Portanto, a tendência ao conflito é maior. Estas combinações assemelham-se à configuração do poder, encontrada na combinação da coalizão externa dividida com a coalizão interna politizada, qual seja, a de uma *"arena política"*. Segundo o autor,

"uma ausência prolongada do poder focalizado em qualquer das coalizões tende a levar naturalmente a um difundido estado de conflito como se todos os influentes saltassem para o vazio".

Estas combinações são consideradas pelo autor como menos estáveis, consistentes e comuns, porém não são vistas como *"aberrações disfuncionais"*. No entanto, algumas destas combinações podem por vezes, comprometer o alcance da *"missão básica da organização"*.

Para o autor,

"o tipo de coalizão externa que se forma ao redor da organização afeta consideravelmente o tipo de coalizão interna que se desenvolve. Uma coalizão externa dominada tende a enfraquecer a coalizão interna ; a dividida tende à politizá-la; e a passiva tende a fortalecê-la."

Uma visão mais enfática sobre a organização como uma arena política, é apresentada por Georgiou(1981), que considera a organização exclusivamente como uma arena política, onde convivem vários atores que perseguem seus próprios interesses, não existindo assim, os objetivos da organização. Para o autor, as

"...organizações, sua estrutura de papéis, assim como sua manutenção, mudança e dissolução podem ser melhor compreendidas como os resultados de complexas trocas entre indivíduos perseguindo uma diversidade de objetivos."

Na análise de Georgiou(1981) sobressaem-se alguns pontos:

- (1) *"o conceito de organização deve ser reconhecido como arbitrariamente definido pelo foco de interesse";*
- (2) *"o fator básico estratégico na organização é o indivíduo";*
- (3) *" a organização é vista não como um modelo*

distributivo de incentivos, abstraída das relações entre seus membros, mas como um mercado onde os incentivos são trocados".

O poder, para o autor, é considerado nas relações estabelecidas entre os indivíduos na organização, onde os incentivos são trocados. Neste sentido, o poder de um indivíduo é função da sua capacidade de fornecer incentivos para outros, e para o autor, *"cada indivíduo na organização tem algum poder, pois ele contribui para a satisfação de alguma coisa que alguém deseja"*. A intensidade deste poder depende da exclusividade com que estes incentivos são fornecidos por um único indivíduo, e do valor dos incentivos fornecidos, atribuído pelos demais indivíduos na organização.

O poder assim considerado, *"é situacional e volátil"*, só podendo ser localizado *"nas relações concretas de trocas"*, que acontecem entre os indivíduos (GEORGIU, 1981).

Para Mintzberg (1983), Georgiou e outros autores consideram que a organização tem vários atores, mas ela própria não tem objetivos. Os objetivos dos diferentes atores são considerados como insumos no processo de barganha, porém deste processo, não resultam objetivos comuns.

2.3.3 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em síntese, na perspectiva política, a organização não é algo homogêneo, mas a expressão de uma complexa rede de interações estabelecida entre os diferentes grupos de interesse localizados na organização e/ou fora dela, que competem pelo poder. A organização é composta por múltiplos centros de poder. O funcionamento da organização caracteriza-se assim, como um processo dinâmico, onde os indivíduos possuem preferências e interesses, e onde novos interesses são também gerados.

O processo de estabelecimento de objetivos organizacionais se desenvolve por meio de uma série de compromissos entre os diferentes grupos de interesse, formados por integrantes da organização e por representantes do seu ambiente, os quais possuem particulares objetivos. Estes grupos conformam coalizões que visam alcançar objetivos comuns. Tais coalizões, podem se localizar no interior da organização, no seu ambiente ou resultar de uma associação entre grupos internos e externos.

Objetivos podem ser definidos, como as intenções e os fins desejados pelos indivíduos ou pela coalizões. Objetivos como estados futuros desejados, podem ou não ser realizados. A rigor, os objetivos que acabam por prevalecer, não são exatamente aqueles, de nenhum grupo particularmente, nem mesmo os da coalizão dominante. É claro, que os objetivos da coalizão dominante, pelo poder que possui, são os principais condicionadores e limitadores, dos objetivos da organização. No entanto, concordando com Georgiou(1981), os objetivos da coalizão dominante também são limitados e condicionados, pelas demandas de outras coalizões que detêm poder, das quais a coalizão dominante depende para alcançar seus próprios objetivos.

É no processo interativo de definição e de implementação dos objetivos organizacionais que os objetivos da coalizão se modificam, em função dos compromissos que se estabeleçam com os outros grupos, refletindo os ajuste de poder

que dinamicamente acontecem na organização. Ao mesmo tempo, a própria coalizão dominante se modifica ao longo do tempo.

Na perspectiva política, continuam sendo objetivos da organização, a eficiência e a sobrevivência. Só que agora estes objetivos não são mais uma abstração, e tampouco estão revestidos de uma pseudo-neutralidade administrativa, pois estão associados aos interesses de indivíduos e de grupos. Estes, para fazer prevalecer seus objetivos perante os demais, necessitam da eficiência, enquanto um recurso para sobreviver e acumular poder. O alcance da sobrevivência para os indivíduos e grupos, compreendida numa dimensão política, é reflexo das relações de poder e da negociação estabelecidas entre eles, e os demais integrantes organizacionais. Representa uma das etapas básicas para que integrem a coalizão dominante.

Para Scott(1981), a concepção de coalizão dominante é um elemento central, à compreensão da dinâmica organizacional e evita uma série de incompreensões sobre o processo de formulação de objetivos organizacionais, a seguir enumerados:

- "(1) O problema da reificação é evitado: indivíduos e grupos tem interesses e o processo pelo qual estas preferências são impostas à organização é especificado.*
- (2) Apesar de se admitir que os indivíduos especifiquem objetivos para a organização, não há a presunção de que todos o façam em condições iguais, nem é assumido que participantes individuais mantenham os mesmos objetivos.*
- (3) Apesar dos indivíduos imporem objetivos à organização, na maioria das vezes, um único indivíduo não é poderoso o bastante para determinar completamente os objetivos organizacionais; assim, objetivos organizacionais são diferentes dos objetivos de qualquer participante.*
- (4) A concordância acontece perante as diferenças de interesses entre os participantes; algumas destas diferenças, não todas, podem ser resolvidas pela negociação; assim objetivos conflitantes podem estar presentes.*
- (5) É reconhecido que o tamanho e composição da coalizão dominante podem variar de uma organização para outra e dentro de uma mesma organização ao longo do tempo."*

2.4 - OS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS E SEU PROCESSO DE DEFINIÇÃO NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO

Cada uma das perspectivas apresentadas, a racional, a natural e a política, compreende as organizações e conseqüentemente, o que sejam objetivos organizacionais e como se dá seu processo de definição, a partir de uma dada ênfase.

Na perspectiva racional, as organizações são consideradas máquinas cujos objetivos são previamente definidos, com pouca ou nenhuma interferência do ambiente externo, tendo como principal propósito, a busca da eficiência. Na perspectiva natural, as organizações são como os organismos vivos, cujo objetivo crucial é a sua sobrevivência. Para alcançá-la, elas permanentemente, adaptam-se às demandas ambientais e de seus subsistemas internos. Na perspectiva política, as organizações são construções sociais em permanente transformação e os objetivos organizacionais, são os objetivos dos indivíduos e grupos que as integram, ou daqueles que se localizam no ambiente em que se inserem, e que num dado momento, detêm maior parcela de poder, fazendo prevalecer seus objetivos perante os demais.

Retomando portanto, as indagações iniciais deste estudo, observa-se que elas são respondidas diferenciadamente, por cada uma das perspectivas apresentadas.

No entanto, serão as organizações apenas aquilo que cada perspectiva compreende? Ou será que cada uma compreende apenas uma das faces ou uma das dimensões que compõem as organizações? Se as organizações são de fato fenômenos sociais complexos, repletos de contradições, de consensos e de discordâncias, cada uma destas perspectivas será por si só, suficiente para explicá-las? E se assim elas são, qual a maneira mais adequada para analisá-las e lidar com elas? Será necessário construir uma teoria que sintetize todas estas contribuições, ou será possível lidar com todas elas, preservando suas diferenças numa perspectiva de integração?

Para Campos(1990), estas diferentes perspectivas reproduzem a discussão que se estabelece entre as diferentes contribuições teóricas no campo das organizações que tem subjacentes dois paradigmas(1): o mecanicista e o hermenêutico-dialético.

Não existe nenhuma intenção em aprofundar a discussão sobre o significado destes paradigmas ou mesmo sobre a sua influência no conhecimento produzido sobre as organizações. Apenas, apresentá-los sucintamente para que se possa compreender a evolução do conhecimento no campo das organizações.

Para Campos(1990) o paradigma mecanicista, de base empírica(2), é o dominante. Compreende o mundo e os seres humanos como sistemas mecânicos, compostos por partes separadas, ordenadas e submetidas às leis regulares, passíveis de generalização. Nesta suposição segundo a autora, estaria a explicação para *"a fragmentação da ciência em áreas disciplinares estanques e a inadequação do conhecimento hoje disponível..."*, para tratar dos problemas complexos que se apresentam no mundo contemporâneo. Portanto, esta concepção de mundo, além *"de favorecer a especialização do conhecimento, explica o baixo nível de interação entre as áreas criadas..."*

Estendida às Ciências Sociais, esta forma de ver o mundo levou à construção de teorias(3) organizacionais que pretendiam prescrever maneiras corretas, neutras, previsíveis do funcionamento da organização, como se fossem receitas passíveis de aplicação em quaisquer situações organizacionais e em qualquer organização. O ser humano a partir desta concepção, é compreendido como parte integrante deste todo harmônico. Para tanto, cumpre passiva e ajustadamente as funções que previamente lhe foram atribuídas a fim de alcançar os objetivos predeterminados para a organização-

1 - Para a autora "o termo paradigma é usado para definir um conjunto de perspectivas que uma determinada comunidade de cientistas aceita como suficientes para explicar seu objeto de estudo".

Ver CAMPOS, Anna Maria. Em Busca de Novos Caminhos para a Teoria de Organização, RAP, RJ, FGV, 15(1), 1981.

2 - A palavra empírica, embora possa ter outro significado, aqui é empregada com o sentido de estar baseada em experiências sensoriais, ou ser derivado de experiências que se utilizaram do método indutivo, cujos resultados encontrados são passíveis de verificação.

3 - Segundo o Grupo Espanhol a palavra "teoria", no sentido específico nas Ciências Sociais, significa o "conjunto de proposições ligadas de forma lógica e ordenada, visando a explicar uma zona da realidade, mediante a formulação das leis que a regem."

Ver Dicionário de Ciências Sociais, RJ, 2ª ed. FGV, 1987.

máquina. Constitui-se assim, numa perspectiva exclusivamente racional da organização. É o primado da objetividade e da racionalidade funcional(4).

Segundo Campos (1990), o outro paradigma ainda emergente, o hermenêutico-dialético, de base fenomenológica(5), é construído a partir das críticas sobre as formas vigentes de pensar a realidade social, formuladas pelos filósofos Horkheimer, Habermas e Adorno da Escola de Frankfurt. Rivera(1990), denomina este paradigma de "*comunicativo*", pois ele ressalta "*a capacidade interpretativa e dialógica*" dos atores sociais; estas capacidades, segundo o autor, permitem a construção de "*pactos normativos*" que em última instância, preservam ou modificam a realidade social.

O paradigma emergente, ressalta a importância da subjetividade na produção do conhecimento, do entendimento das práticas sociais, de como surgem e se transformam, a partir da interpretação e do significado, que cada ator social atribui às suas ações, e às ações dos outros. A realidade social é fruto da intersubjetividade. Ela está em permanente movimento e portanto, é continuamente reconstruída em função das interações e contradições estabelecidas entre as pessoas. É o primado da racionalidade substancial.

Além disso, reconhece a parcialidade do conhecimento e a insuficiência do saber. Para Campos(1990), "*se todo conhecimento é parcial, precisamos desenvolver um estado de alerta para o que ele esconde, mais do que um encanto pelo que ele nos*

4 - A racionalidade funcional, também conhecida como racionalidade técnica ou instrumental e a racionalidade substancial ou substantiva são definidas por Guerreiro Ramos, a partir do conceito de Max Weber, sobre ação social e do conceito de racionalidade e irracionalidade, de Karl Mannheim.

Para Guerreiro Ramos, a racionalidade funcional é a razão que informa o conjunto de atos ou elementos que articulados e relacionados entre si, contribuem para atingir um objetivo predeterminado. A esta racionalidade se contrapõe a racionalidade substancial, compreendida como a razão que subjaz os atos intrinsecamente inteligentes do ser humano; que lhes atribui conteúdo e qualidade; que faz parte do domínio dos sentimentos e do entendimento subjetivo das ações humanas.

Ramos, Guerreiro. Administração e Contexto Brasileiro, RJ, 2ª ed, FGV, 1983.

5 - A fenomenologia, a hermenêutica e a dialética se constituem em métodos de pensamento, não em teorias. Apresentadas de forma sucinta, a fenomenologia tem como idéia central a existência de múltiplos níveis de realidades e a intersubjetividade; a hermenêutica trabalha com os princípios metodológicos da interpretação; e a dialética lida com a contradição de idéias como a essência do processo contínuo de construção social. O mundo está em movimento permanente em função das contradições, que são consideradas como intrínsecas à natureza social.

Ver Zajdsznajder, Luciano. Métodos do Pensamento ou Gerência do Pensamento, Cadernos EBAP, RJ, nº 58, FGV, 1992.

mostra." Assim, considera as contribuições teóricas produzidas sob a influência do paradigma mecanicista, como um conhecimento relevante que deve ser utilizado para o entendimento da realidade social(CAMPOS,1990). A autora se municia do trabalho de Bernstein(6) para chamar a atenção sobre a necessária complementaridade do conhecimento:

"...A compreensão do mundo social e político não é questão de opção por isto ou aquilo, mas justamente a capacidade de definir e compatibilizar oposições aparentemente conflitantes e irreconciliáveis."

A aplicação do paradigma hermenêutico-dialético ao estudo das organizações, tem dentre outras, duas contribuições fundamentais. Primeiramente, recoloca o homem na organização, como um ser pensante, ativo, que atribui significado às ações, intencionalmente direcionado e responsável pela criação da realidade social; ao mesmo tempo, considera que o meio social mais amplo, condiciona a interpretação desta realidade sem, no entanto, determiná-la. Como compreende Campos(1990), *"não se trata de abstrair o meio social, mas entendê-lo de forma dialética"*. Aqui reside portanto, a segunda contribuição: a utilização da abordagem dialética para o estudo das organizações.

Campos(1990), identifica duas abordagens organizacionais - a abordagem de ação de Silverman e dialética de Benson - informadas por este paradigma emergente. Estas abordagens não se constituem em teorias propriamente ditas, mas em métodos de pensar e analisar as relações sociais que acontecem nas organizações. A rigor, elas podem informar e enriquecer a utilização, de todo o conhecimento teórico existente, no campo das organizações.

A abordagem de ação compreende que os indivíduos têm um papel ativo nas organizações. Eles atribuem significados às diferentes situações organizacionais; significados estes, que podem modificar-se através da interação entre os indivíduos e

6 - Ver BERNSTEIN, R. The Restructuring of Social and Political Theory, University of Pennsylvania Press, 1976.

das experiências e aprendizados retirados do cotidiano da vida em geral, e da vida organizacional. Assim, a realidade social e organizacional é passível de ser considerada a partir de múltiplas interpretações, e é através da confrontação destas diferentes explicações organizacionais, que a realidade organizacional é construída.

A abordagem dialética considera a organização como um arranjo temporário em permanente transformação. Neste sentido, a organização é segundo Benson(1981), *"um estado em formação"*, algo por vir a ser e por isto, *"na visão dialética a concepção de processo é fundamental"*. Para Campos(1981), o diálogo tem papel fundamental nesta abordagem, pois o processo de conhecimento de uma dada realidade, ocorre através da contraposição das idéias, que os diferentes participantes têm sobre esta realidade. O diálogo é considerado necessário à vida social e organizacional, pois estas são marcadas pela existência de rupturas e inconsistências, denominadas por Benson(1981), de contradições.

Para Campos (1990), como resultado da influência do paradigma mecanicista, nossos esquemas de pensamento estão viciados em *"escolhas exclusivas... não adequadas para abordar problemas divergentes"*. Para a autora os problemas divergentes são essencialmente complexos, pois se apresentam com dimensões aparentemente contraditórias, bastante comuns no mundo contemporâneo e conseqüentemente na vida organizacional. Assim considerando, seriam as organizações exclusivamente instrumentos racionais e funcionais objetivamente definidas para alcançar objetivos? Ou seriam apenas construções sociais, subjetivamente moldadas segundo os interesses dos grupos dominantes através de um processo de barganha?

Ao optarmos a cada situação/problema organizacional por *"isto ou aquilo"*, deixamos de considerar a possibilidade daquela situação/problema analisada, ser isto e aquilo simultaneamente. Para a autora, a complexidade das situações da vida, requer uma abordagem mais abrangente do que especializada.

Campos(1990) recomenda que nossa mente, para tratar de *"problemas*

divergentes", deve se movimentar como se fosse *"um pêndulo"*, não se fixando apenas numa perspectiva. Ao contrário, devemos nos esforçar para tocar múltiplos e infinitos ângulos da situação tratada, tantos quantos sejamos capazes de perceber. Pois, para Campos(1990), se a realidade social *"não é uma, mas plural, cada esquema cognitivo é apenas uma possibilidade de entendimento, não o entendimento definitivo"*.

De certa forma, o modo de pensar compartimentalizado e a própria forma de construção do conhecimento dele decorrente, um conhecimento fragmentado por áreas de especialização, explica a multiplicidade de percepções acerca da organização. No entanto, também coloca a necessidade de se reconhecer, que nenhuma destas disciplinas, e suas perspectivas consequentes, por si só, reúne elementos suficientes para compreender e explicar adequadamente a dinâmica organizacional. Esta, é muito mais complexa, do que o percebido por cada uma destas áreas de conhecimento. Para abordá-la de forma mais adequada, requer consequentemente, uma perspectiva plural.

Astley e Van de Ven(1983) chamam a atenção sobre este aspecto, utilizando as palavras de outro autor Gianfranco Poggi(7): *"um modo de ver é um modo de não ver"*. Reconhecem assim, que os diferentes aportes teóricos acerca das organizações, permitem, pela identificação de suas diferenças, a construção de uma *"teoria das diferenças"* a qual lida melhor com as contradições da vida organizacional.

Outros autores compartilham desta maneira de olhar e compreender as organizações. Partem da suposição que nenhuma perspectiva teórica, única e exclusivamente, é suficiente para lidar com a complexidade organizacional e para responder satisfatoriamente aos diferentes problemas organizacionais e ambientais, que se apresentam para as organizações e seus dirigentes.

Para Morgan(1991), as organizações são fenômenos complexos e paradoxais, que só são passíveis de serem compreendidas, se for aceito que elas podem ser ao mesmo

7 - Ver POGGI, Gianfranco. A main theme of contemporary sociological analysis: Its achievements and limitations, British Journal of Sociological, 16:283-294, 1965.

tempo, coisas diferentes, ou seja, que diferentes aspectos da organização podem coexistir de maneira complementar, ambígua ou mesmo contraditória.

Motta(1991), considera que para lidar com a complexidade organizacional é preciso *"aceitar perspectivas diversas"*. Considera as perspectivas, como janelas de uma mesma sala. *"Há várias janelas na mesma sala e apesar...de estarem no mesmo ambiente, elas apresentam perspectivas diversas, mas cada uma tão verdadeira quanto as outras"*. Assim, cada perspectiva teórica é como se fosse uma janela que nos oferece uma visão parcial, mas real e importante, para uma adequada compreensão da dinâmica organizacional.

Motta(1991) com esta imagem, chama a atenção para a importância de se reconhecer, que cada uma das perspectivas teóricas, ao escolher determinado aspecto organizacional para ser estudado, mergulha profundamente e traz à tona uma descrição e explicação mais detalhada sobre aquele aspecto.

Portanto, apenas a partir de uma perspectiva mais integradora, interdisciplinar e totalizadora, se alcançará uma maior proximidade da realidade organizacional.

Mintzberg(1983) ao se referir às diferentes perspectivas, racional, natural e política, como semelhantes no que diz respeito à rigidez e enclausuramento de suas abordagens, coloca, embora não explicitamente, a necessidade de se alcançar uma perspectiva mais globalizante, compreensiva, integradora e não excludente da organização. Para o autor, as diferentes concepções sobre as organizações têm transitado

"de um sistema de um ator para um sistema de muitos atores, de um sistema com um único objetivo para um que tem tantos que não tem nenhum, de um modelo de maximização para um modelo de satisfação, de um instrumento dado com fins estabelecidos e nenhum conflito para uma arena política arbitrária sem fins e consumida pelo conflito".

2.4.1 - NA ABORDAGEM DE SCOTT, DE ASTLEY E VAN DE VEN E DE MORGAN

Scott(1981) considera, que *"uma única perspectiva não é adequada para compreender as importantes características das organizações"*. Assim, para analisar as organizações utiliza-se de três perspectivas: uma, que vê as organizações como um sistema racional; outra, que as aborda como um sistema natural; e a última, que as considera como um sistema aberto. O autor entende que todas as outras perspectivas, inclusive a política, estão contidas numa das três perspectivas apresentadas.

Um exemplo de sua visão organizacional a partir de uma perspectiva múltipla, é quando relativiza a idéia de organização informal, argumentando que esta também, é auto-estruturada e ordenada. De maneira informal, também são estabelecidos normas e padrões de comportamento, sistemas de poder, redes de comunicação e arranjos de trabalho. A argumentação do autor sugere a existência de uma convivência dialética entre as estruturas formais e informais. A formal, necessariamente leva à informal, que por sua vez acaba por gerar também, alguma formalidade nas relações informais estabelecidas, formalização esta que posteriormente, desencadeará novas relações informais.

Astley e Van de Ven(1983) abordam as contribuições teóricas no campo das organizações, a partir de uma abordagem dialética. Consideram possível que diferentes perspectivas ofereçam quadros diversos sobre o mesmo fenômeno organizacional, sem que um anule o outro. Admitem que uma só questão, pode apresentar aspectos opostos e contraditórios. Defendem portanto, uma integração das diferentes contribuições teóricas, porém também ressaltam, a necessidade de se preservar as especificidades, de cada uma destas contribuições.

A *"reconciliação dialética escapa da visão exclusiva"* segundo Astley e Van de

Ven(1983). Para estes autores, as organizações são simultaneamente um sistema técnico, racional e funcional, e um sistema político, uma construção social dos indivíduos. Eles reconhecem que

"a ação individual é sempre, em alguma medida controlada para evitar a total desintegração do sistema. Mas o sistema nunca é totalmente integrado nem perfeitamente coeso."

Há assim, uma coesão e integração suficientes para evitar a destruição, alcançadas segundo os autores, às custas da *"supressão parcial do antagonismo interno"*. Os autores se utilizam de uma visão metafórica da organização, comparando-a a um jogo, construída por Michel Crozier e Erhard Friedberg(8).

Para estes dois autores, segundo Astley e Van de Ven(1983), as complexas tensões internas que coexistem na organização são balanceadas e gerenciadas entre os diversos integrantes organizacionais, como se estivessem num jogo. Preliminarmente, regras são definidas para que o jogo possa acontecer. Várias estratégias são possíveis, e algumas regras podem até ser quebradas num dado limite, que uma vez ultrapassado, descaracteriza completamente o jogo. Portanto, o jogador se deseja ganhar, embora livre para definir suas estratégias, precisa estabelecê-las em consonância com as regras predefinidas. Assim, desconsiderar completamente as regras, não é em última instância, do interesse de cada jogador em particular.

Há portanto, neste jogo organizacional, uma racionalidade técnica previamente estabelecida, uma racionalidade funcional que assegura a manutenção e sobrevivência do jogo e uma racionalidade política, onde cada jogador, ativa e intencionalmente define suas estratégias, porém de forma também racional e funcional, tendo em vista seu desejo de além de sobreviver, ser o vencedor ou um dos vencedores do jogo organizacional.

Morgan(1991) é outro autor a considerar necessária, uma visão mais integradora

8 - Ver Crozier, Michel and Friedberg, Erhard. Actors and Systems: The Politics of Collective Action, Chicago, University of Chicago Press, 1980.

para as organizações. Segundo ele, para compreendê-las, é preciso manter a mente aberta e flexível, abandonando na medida do possível, uma forma de pensar que privilegia o prejulgamento e o julgamento imediato.

Morgan(1991) desenvolve um modelo de interpretação das organizações com base no uso de metáforas. Sua utilização leva ao estabelecimento de uma relação de semelhança entre a palavra utilizada na metáfora e a organização. Ou seja, a organização como se fosse algo, que momentaneamente parecesse ser, mas sem ser exatamente aquilo, na totalidade de seu significado.

Assim, as metáforas ajudam a construir "*modos de pensar*" e "*modos de ver*" que permitem uma leitura das situações organizacionais a partir de diferentes ângulos. Não se caracterizam como estruturas analíticas claramente definidas a serem aplicadas de forma mecânica. São apenas, recursos de interpretação e análise da organização. Quanto mais abrangente e diversificada forem a leitura e o diagnóstico de uma dada situação, maior será a capacidade de criar e identificar possibilidades alternativas de ação.

Morgan(1991) sinaliza então, que as organizações através de uma leitura metafórica podem ser simultaneamente várias coisas. "*Máquinas*", cujas partes interligadas funcionam tendo em vista alcançar objetivos específicos; "*organismos*", que realizam trocas entre as suas partes e com o ambiente a fim de sobreviverem; "*cérebros*", que processam informações, com capacidade de aprendizado e de auto-organização; "*culturas*", que compartilham um conjunto de valores, tradições, crenças, significados e esquemas interpretativos construídos e reconstruídos de forma contínua; "*sistemas políticos*", onde coexistem interesses diferentes em permanente luta pelo poder; "*prisões psíquicas*", criadas e mantidas através de um processo consciente e inconsciente, ou seja, realidades socialmente construídas, compostas por idéias, imagens, pensamentos, preocupações e ações, que por vezes, aprisionam as pessoas que as produzem; "*fluxos e transformações*", um sistema social em contínua mudança, quer

se auto-reproduzindo à sua própria imagem e semelhança, quer se ajustando através de mecanismos de **feed-back**, quer se modificando por um processo dialético, onde cada fenômeno tende a gerar o seu oposto; finalmente, *um "instrumento de dominação"*, a organização, em essência, representando a imposição dos fins de um grupo de pessoas sobre os demais grupos, constituindo-se assim, num instrumento de exploração.

Estas são as metáforas apontadas por Morgan, outras entretanto, poderão ser construídas, segundo o autor, desde que seja exercitada a capacidade de pensar criticamente.

As metáforas não fornecem apenas diferentes formas de interpretação dos fenômenos organizacionais. Principalmente propiciam criar alternativas de ação até então, não consideradas.

Para o autor, organizações são melhor definidas pela palavra por ele criada, **"imaginization"**. Elas são ao mesmo tempo, fruto das imagens que construímos e das ações que desenvolvemos. Existe assim, para o autor, uma estreita ligação entre a maneira de pensar e de agir do ser humano: *"...nós organizamos como nós imaginamos; e é sempre possível imaginar de maneiras diferentes"*.

2.4.2 - NA ABORDAGEM DE MINTZBERG

Mintzberg(1989) considera que as organizações podem ser compreendidas, como combinações típicas de seus atributos básicos. Os atributos são definidos pelo autor como as partes/pessoas que compõem a organização, os mecanismos utilizados para coordenar o trabalho, outros elementos da estrutura, e fatores contingenciais.

As pessoas que compõem os diferentes grupos de "*influentes internos*"(9) - o núcleo de operadores, a gerência estratégica superior, a gerência intermediária, a tecnoestrutura, a equipe de suporte, juntamente com a cultura - são consideradas partes da organização.

O ajustamento mútuo(comunicação informal entre os empregados), a supervisão direta(ordens dadas diretamente de uma para outra pessoa), a padronização do processo de trabalho, dos resultados, das habilidades e do comportamento, são os mecanismos de coordenação do trabalho.

São considerados outros elementos determinantes da estrutura: o grau de especialização das funções, de formalização do comportamento, o tipo de treinamento, a departamentalização, a amplitude do controle, os mecanismos de integração, os sistemas de planejamento e controle e o grau de centralização das decisões.

São fatores contingenciais, a idade e o tamanho da organização, seu sistema técnico(os instrumentos utilizados pelos operadores para produzir os resultados), as características de estabilidade e complexidade do ambiente e a distribuição do poder.

A partir da combinação destes atributos constituem-se diferentes configurações organizacionais. Estas, podem ser compreendidas como um "*quebra- cabeça organizacional*", onde é possível combinar as peças de diferentes maneiras. São

9 - A definição de influentes internos já foi apresentada no item 2.3.2.

2.4.2 - NA ABORDAGEM DE MINTZBERG

Mintzberg(1989) considera que as organizações podem ser compreendidas, como combinações típicas de seus atributos básicos. Os atributos são definidos pelo autor como as partes/pessoas que compõem a organização, os mecanismos utilizados para coordenar o trabalho, outros elementos da estrutura, e fatores contingenciais.

As pessoas que compõem os diferentes grupos de "*influentes internos*"(9) - o núcleo de operadores, a gerência estratégica superior, a gerência intermediária, a tecnoestrutura, a equipe de suporte - juntamente com a cultura são consideradas partes da organização.

O ajustamento mútuo(comunicação informal entre os empregados), a supervisão direta(ordens dadas diretamente de uma para outra pessoa), a padronização do processo de trabalho, dos resultados, das habilidades e do comportamento, são os mecanismos de coordenação do trabalho.

São considerados outros elementos determinantes da estrutura: o grau de especialização das funções, de formalização do comportamento, o tipo de treinamento, a departamentalização, a amplitude do controle, os mecanismos de integração, os sistemas de planejamento e controle e o grau de centralização das decisões.

São fatores contingenciais, a idade e o tamanho da organização, seu sistema técnico(os instrumentos utilizados pelos operadores para produzir os resultados), as características de estabilidade e complexidade do ambiente e a distribuição do poder.

A partir da combinação destes atributos constituem-se diferentes configurações organizacionais. Estas, podem ser compreendidas como um "*quebra- cabeça organizacional*", onde é possível combinar as peças de diferentes maneiras. São

9 - A definição de influentes internos já foi apresentada no item 2.3.2.

também definidas pelo autor, como forças que influenciam o funcionamento da organização.

O autor identifica sete configurações organizacionais ou sete combinações diferentes dos atributos apresentados. Algumas organizações apresentam de forma mais predominante uma das configurações, no entanto, todas as configurações estão presentes numa mesma organização.

As configurações são como se fossem *"tipos ideais"*, isto é, *"formas puras"* não encontradas na realidade, pois, segundo o autor, *"as organizações reais são muito mais complexas que qualquer uma destas caricaturas."* Na verdade, elas constituem *"um tipo de teoria, ou no mínimo, componentes de uma teoria, e toda teoria necessariamente simplifica e por esta razão distorce a realidade."*

A imagem da organização como um jogo de quebra-cabeças é, na realidade, uma maneira encontrada pelo autor, de utilizar o conhecimento disponível acerca das organizações de forma criativa. A seguir são brevemente caracterizadas as configurações organizacionais de Mintzberg(1989).

A *"empreendedora"* é aquela onde o componente chave da organização se localiza na gerência superior, há poucos níveis hierárquicos, a tomada de decisão é centralizada, prevalece a supervisão direta como mecanismo de coordenação e está inserida num ambiente simples e estável. Na *"mecanicista"*, predomina a tecnoestrutura, o trabalho é mais formalizado, há mais níveis hierárquicos, há uma ênfase na racionalização, o mecanismo de coordenação é a padronização do processo de trabalho, e o contexto é simples e estável. A *"profissional"* é aquela cujo o funcionamento é dependente do trabalho dos profissionais que compõem o núcleo de operadores, há uma dupla linha de autoridade - administrativa e profissional -, a padronização das habilidades é o mecanismo da coordenação utilizado, e seu contexto é complexo e estável. Na *"diversificada"*, predomina a gerência de nível intermediário, as unidades têm grande autonomia, a coordenação se dá através da padronização dos resultados e lida com um

mercado diversificado, quer de produtos e serviços, quer de clientela. A *"inovadora"* tem como componente chave a equipe de suporte, possui pouca formalização, enfatiza o trabalho em equipes multidisciplinares, é mais descentralizada, seu mecanismo de coordenação é o ajustamento mútuo, e seu contexto é complexo e dinâmico. A *"missionária"* é aquela que apresenta como componente principal a cultura, ou seja, *"um rico sistema de valores e crenças"*, a coordenação é realizada através da padronização das normas(comportamento), há uma tendência à cooperação e enfatiza a lealdade de seus integrantes. Por último, a *"política"*, onde não predomina nenhum componente chave, há uma tendência à competição e aos conflitos, e os mecanismos formais de coordenação são substituídos pelos jogos de poder.

Para Mintzberg(1989), estas configurações são mais do que meras formas ou tipos de organização. Na realidade, constituem-se em forças que interagem na organização podendo num dado momento, haver a dominância de uma delas. Quando isto ocorre, a organização se aproxima mais de uma dada configuração. As configurações não são para o autor apenas estruturas ou sistemas de poder, elas representam um *"modo de vida"*.

O autor considera portanto, a organização como um *"pentágono"*, onde cada ponta corresponde respectivamente, a uma das configurações organizacionais por ele identificadas - a empreendedora, a profissional, a inovativa, a diversificada, e a mecanicista. Cada uma delas corresponde a um dos cinco principais grupos de integrantes da organização, por ele identificados - a gerência superior, os operadores, equipe de suporte, a gerência intermediária, e finalmente a tecnoestrutura. De cada uma destas pontas e grupos emanam forças. A gerência superior representa a força da direção, ou seja aquela que diz a todos para onde ir. Os operadores representam a força da competência, aquela que diz: *"deixem-nos sozinhos, nós somos profissionais; permitam-nos aperfeiçoar nossas habilidades e aplicá-las autonomamente e tudo estará bem."* A equipe de suporte representa a força do aprendizado, aquela que busca a

mudança e a adaptação. A gerência intermediária representa a força da concentração, que também deseja autonomia para produzir e ajustar os produtos. Finalmente, a tecnoestrutura representa a força de eficiência.

Existem ainda, mais duas configurações/forças que se localizam no centro da organização/pentágono. A missionária, que representa a força da cooperação e a política, a da competição. Estas não correspondem a nenhum grupo específico, mas a todos eles.

Quando uma força é dominante, as demais tentam contê-la. Quando nenhuma domina, pode haver um equilíbrio instável entre duas ou mais forças, que o autor denomina de combinação, ou ocorre uma segmentação derivada do conflito entre forças opostas.

A partir desta compreensão de organização, o autor coloca a necessidade de se *"gerenciar a contradição, para reconciliar forças em oposição. E aqui as forças do centro do pentágono, as de cooperação e competição entram no jogo"*. A competição e a cooperação atuam exacerbando ou suavizando estas forças em oposição, as quais são na verdade, a própria contradição que deve ser gerenciada. A cooperação e a competição são duas forças *"dinizadoras"* difundidas por toda a organização. Dialeticamente uma contém a outra. Para o autor, um dos fatores a explicar o alcance da efetividade organizacional, é a existência de uma tensão dinâmica entre estas duas forças. Elas não necessariamente interagem permanentemente. O autor acredita que durante a maior parte do tempo prevaleça a cooperação, mas recorrentemente a competição tem lugar, *"para assegurar a mudança necessária"* a qual não é estimulada pela cooperação.

Para o autor, as forças em oposição, são necessárias à sobrevivência da organização, pois para ele *"cada configuração...contém a semente de sua própria destruição, que reside na sua própria força dominante"*. O excessivo controle tecnocrático pode destruir a organização mecanicista, e assim sucessivamente. Neste

sentido, as forças são funcionais, cumprem a função de resguardar a organização da auto-destruição.

Segundo o autor, a organização deve ser compreendida e gerenciada a partir de dois pontos de vista: um, mais globalizante, representando uma visão de síntese, o outro mais segmentador, representando uma visão de análise.

É possível deduzir desta visão de Mintzberg sobre a organização, como um conjunto de forças que interagem continuamente, que estas forças estão associadas a diferentes objetivos relativos a indivíduos, grupos de indivíduos ou mesmo ao conjunto de pessoas que compõem a organização.

Para Mintzberg(1983), as organizações têm objetivos por vezes distintos dos objetivos de seus participantes. Para o autor, objetivos *"existem somente em termos de comportamentos das organizações, especificamente como as intenções que podem ser imputadas às suas decisões e, principalmente, às suas ações"*. Uma organização tem objetivos quando há *"consistência"* nas intenções subjacentes às decisões e ações de seus participantes, ou seja, quando a organização persegue determinados resultados de forma consistente. Há portanto, duas características principais dos objetivos organizacionais: *"a consistência e a intencionalidade do comportamento organizacional, isto é, certas preferências realizadas consistentemente."*

Para Mintzberg(1983), nas organizações coexistem vários objetivos perseguidos com uma consistência variável e que podem estar em situação de conflito. Há os objetivos formais, aqueles apresentados nas manifestações formais, os quais não necessariamente são de fato perseguidos pela organização. Existem os objetivos de sistema, compreendidos como a sobrevivência, a eficiência, o controle e o crescimento, os quais segundo o autor, podem ser considerados como os meios utilizados pelos influentes, para alcançar seus objetivos pessoais. E finalmente, há os objetivos pessoais, compartilhados pelos influentes da organização, que são aqueles relacionados à segurança, poder e outros.

Para o autor, a sobrevivência é o objetivo que está na base do sistema de objetivos de quaisquer organizações, exceto naquelas, de natureza delimitada no tempo (mesmo nestas algumas vezes torna-se um objetivo de base). Assim, se a organização não alcançar este objetivo, comprometerá a realização de quaisquer outros objetivos.

Da mesma forma, o objetivo de eficiência está colocado para as organizações de uma maneira geral. Segundo Mintzberg(1983),

"desde que recursos - não somente dinheiro e material mas também a energia e o tempo das pessoas - são sempre limitados num mundo competitivo, a eficiência deve ser um objetivo de todas as organizações..."

A eficiência para o autor, constitui-se num importante objetivo para os gerentes, pois para eles interessam a sobrevivência e o crescimento da organização, e também para os especialistas da tecnoestrutura, pois *"eles existem para desenvolver sistemas que aperfeiçoem a eficiência da organização"*. A eficiência não é entretanto, o principal objetivo a ser perseguido.

Mintzberg(1983), chama ainda a atenção para a diferença entre eficiência e efetividade. Para ele, uma organização pode ser eficiente e não ser efetiva, ou seja, fazer *"bem as coisas erradas"*. O inverso também pode acontecer, isto é, fazer *"mal as coisas certas"*. A noção de efetividade está relacionada à idéia de *"fazer as coisas certas"*. O que são coisas "certas" ou "erradas", é sobretudo uma questão subjetiva. O que é efetividade organizacional para os proprietários pode não ser para os funcionários, para a clientela ou mesmo para setores do ambiente externo da organização. Portanto, o conceito de efetividade está embebido *"por valores e preferências"*.

Importante ressaltar que, quando é colocado que quaisquer organizações tem como objetivos a eficiência e a sobrevivência, não significa dizer que estes devem ser fins em si mesmos. Mas que devem estar presentes e associados aos objetivos primeiros da organização de prestação de serviços.

Outro objetivo de sistema segundo Mintzberg(1983), é o *"controle sobre o seu*

meio ambiente a fim de assegurar um adequado grau de independência(especialmente em relação aos influentes externos)".

O autor adverte que o controle, bem como a eficiência e a sobrevivência não devem tornar-se uma obsessão. Particularmente o controle, deve ser compreendido com o sentido de minimizar as pressões ambientais e resguardar alguma autonomia da organização.

Mintzberg(1989) apresenta três formas da organização alcançar seu objetivo de controlar o ambiente, na verdade proposições dos autores Pfeffer e Salancik(10).

A dependência externa pode ser reduzida através da expansão e diversificação de produtos e mercado, e da negociação com outras organizações, estabelecendo assim, arranjos interorganizacionis. Além disso, podem tentar influenciar a elaboração de leis e sanções sociais de forma a favorecer seus interesses.

Outro objetivo de sistema identificado pelo autor, é o crescimento da organização. Crescer pode ser uma forma de ajudar a alcançar outros objetivos de sistema. Este também é um objetivo dos gerentes da organização.

Para Mintzberg(1983), os objetivos de sistema estão interrelacionados: *"um certo grau de controle pode ser necessário à sobrevivência",* assim como *"o crescimento pode ser um pré-requisito para o controle.... O crescimento pode levar à eficiência sob certas condições, e a eficiência pode gerar...o crescimento."*

Mintzberg(1983) considera que o sistema de poder e os objetivos da organização estão submetidos a um *"equilíbrio dinâmico"*. Embora identifique alguns mecanismos estabilizadores dos objetivos como Cyert e March(1963), tais como, os precedentes, o orçamento e a própria cultura organizacional, reconhece que as circunstâncias mudam, o que interfere nos objetivos organizacionais. A experiência, assim como um novo fato, alteram as preferências individuais e as relações de poder dentro da organização. As

10 - Ver Pfeffer, J., Salancik, G.R. The external Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective, New York: Harper & Row, 1978.

mudanças segundo o autor, são por vezes imperceptíveis, mas acontecem permanentemente. No ambiente, também ocorrem mudanças nas coalizões externas, interferindo no sistema de poder e nos objetivos da organização. Por isto, a estrutura de poder e os objetivos organizacionais estão submetidos a um potencial e emergente estado de transformação.

Segundo o autor, a partir de uma perspectiva de curto prazo, o sistema de poder e os objetivos organizacionais parecem estáveis, porém observados segundo uma perspectiva de longo prazo, *"podem ser percebidos ajustes importantes periodicamente."*

O autor considera que a organização, na dependência das circunstâncias, pode ser tanto um instrumento de algum grupo para operacionalizar seus objetivos, como uma arena política onde os indivíduos disputam poder, ou ainda um sistema voltado para seus próprios objetivos internos.

2.4.3 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Compreender a organização e seus processos, em particular o de definição de objetivos, requer uma visão plural que incorpore elementos de diferentes perspectivas.

As organizações enquanto fenômenos sociais, apresentam diferentes aspectos muitas das vezes, contraditórios. Uma mesma situação organizacional pode merecer abordagens múltiplas e diferenciadas.

Desta forma, é possível considerar que as organizações são simultaneamente muitas coisas. São máquinas, e como tal precisam alcançar eficiência. São organismos que buscam a sua adaptação para sobreviver. São um sistema político, onde as pessoas que as integram e outras de seu ambiente, têm em relação a elas, interesses específicos e buscam alcançá-los.

Diferentes imagens podem ser usadas para ilustrar a complexidade organizacional. O que de fato importa, é não considerá-las de uma forma excludente, e valorizá-las na sua capacidade, mesmo que parcial, de oferecer explicações para os diferentes processos e dimensões da realidade organizacional. Até mesmo porque, quaisquer imagens, serão necessariamente a princípio, meras caricaturas, fragmentos e quando muito aproximações, desta construção social de tamanha complexidade que são as organizações, as quais dificilmente serão capturadas e aprisionadas por quaisquer construções teóricas.

Assim, reconhecer que nas organizações existem objetivos relacionados às pessoas, e que estas, se articulam intencionalmente visando alcançar objetivos negociados e compartilhados, não significa negar a existência dos objetivos de eficiência, de sobrevivência, e de crescimento.

A eficiência necessariamente há de ser um objetivo para todas as organizações. A sobrevivência por sua vez, acaba por também constituir-se num objetivo.

É importante reconhecer que todos estes objetivos estão sempre relacionados às pessoas pertencentes às organizações e ao seu ambiente, seus dirigentes, os integrantes da coalizão dominante e os integrantes de outras coalizões. As pessoas e os grupos nas organizações têm como objetivo no mínimo, a sua preservação e sobrevivência.

A eficiência enquanto um objetivo da organização, pode ser considerada como um comportamento necessário à sua sobrevivência e crescimento, mas também à sobrevivência e ao crescimento das pessoas, dos grupos e das coalizões integrantes da organização e de seu ambiente. Em particular, para os dirigentes e para a coalizão dominante, a eficiência é uma maneira de acumular poder, para conseguir ter mais capacidade de influenciar os rumos da organização como um todo.

Quaisquer que sejam os objetivos primários da organização, alcançá-los com eficiência é um objetivo que deve estar na mente dos dirigentes das organizações. Aliás, a eficiência é também um objetivo para os profissionais da tecnoestrutura, para os setores do ambiente da organização, como seus agentes financiadores e sua clientela.

3 - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

As organizações de saúde, particularmente os hospitais, são consideradas como uma das organizações de maior complexidade. Esta, em parte é ocasionada por características específicas destas organizações e de seu ambiente. Também contribui para tanto, o fato destas organizações lidarem com problemas, que são por sua própria natureza, extremamente complexos.

Os problemas de saúde resultam de uma combinação e interação de fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais e individuais, entre outros, os quais não são controláveis pelas organizações de saúde. A saúde não é apenas determinada pela qualidade e quantidade do atendimento oferecido por estas organizações.

Por esta razão, os problemas de saúde não podem ser completa e adequadamente resolvidos, apenas pelas organizações de saúde. Como eles são multideterminados, a sua resolução exige uma intervenção multi e intersetorial.

Ou seja, ainda que os objetivos mais genéricos das organizações de saúde estejam relacionados à resolução daqueles problemas, tais organizações por si só, são incapazes de solucioná-los. Reside aqui, parte da complexidade que reveste as organizações de saúde e seu processo de definição e implementação de objetivos. Avaliar o alcance de seus objetivos, torna-se tarefa extremamente complicada, principalmente quando considerada a qualidade de seus serviços do ponto de vista dos resultados atingidos em termos de impacto de suas ações, sobre a saúde da população.

Para Shortell e Kaluzny(1988), a qualidade deve ser um objetivo das organizações de saúde, embora reconheçam dificuldades quanto à sua avaliação e pleno alcance. Para explicar sua observação, utilizam-se da compreensão de Avedis Donabedian(1984) sobre a mensuração de qualidade. Este autor identifica a mensuração da qualidade relacionada a três fatores: estrutura, processo e resultados. A avaliação da estrutura,

significa considerar *"os aspectos relativamente estáveis dos serviços de saúde"*, tais como os recursos humanos e financeiros, os equipamentos, o espaço físico, as qualificações da equipe e outros elementos necessários ao processo de atenção à saúde, em relação a padrões estabelecidos. A avaliação do processo, considera se o que é feito com o paciente em relação ao diagnóstico e tratamento, está de acordo com padrões profissionais aceitáveis. Está portanto, relacionada *"às normas derivadas da ciência médica ou da ética e valores da sociedade"*. Por último, avaliar os resultados do ponto de vista da qualidade, refere-se à identificação de possíveis mudanças do estado de saúde do paciente que podem ser relacionadas a atenção médica. Como alterações do estado de saúde têm uma múltipla determinação, isolar os efeitos da atenção médica torna-se extremamente complicado.

Mesmo assim, Shortell e Kaluzny(1988), apesar de reconhecerem a dificuldade de mensurar e avaliar a qualidade, quer pelos motivos já apresentados, quer porque a definição de qualidade envolve aspectos subjetivos, relacionados à percepção individual do que seja para cada um, qualidade dos serviços, enfatizam que a preocupação com alguns aspectos objetivos da qualidade, deve estar presente nos dirigentes e nos profissionais dos serviços de saúde. Sua atenção deve estar voltada para assegurar a qualidade dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo, pois sobre estes, eles têm a maior parte do controle.

Por esta e outras razões, os referidos autores consideram as organizações de saúde como *"únicas"*, diferentes de todos os outros tipos de organização. São estas algumas das explicações por eles utilizadas, para justificar a singularidade daquelas organizações: (1)os resultados a serem alcançados são de difícil definição e mensuração; (2)o trabalho desenvolvido é considerado variável e complexo, quer porque na maioria das vezes, apresenta um caráter emergencial e inadiável, permitindo pouca tolerância ao erro e a ambiguidade; quer porque ao mesmo tempo que envolve um alto grau de especialização, requerendo a atuação de diferentes especialistas, exige

também, uma grande interdependência entre as atividades que são por eles desenvolvidas, necessitando assim, que sejam utilizados vários mecanismos de coordenação, entre os diferentes grupos profissionais; (3)os integrantes da organização são altamente profissionalizados, e sua identificação é maior com a profissão do que com a organização; (4)existe pouco controle efetivo por parte dos dirigentes da organização, sobre os médicos, que são os principais responsáveis pela geração de trabalho e de despesas; (5)e finalmente, em muitas organizações de saúde, especialmente nos hospitais, existe mais de uma linha de autoridade, ocasionando dificuldades de coordenação do trabalho.

Tais características podem ser encontradas em outras organizações que não do setor saúde, só que de forma isolada. Segundo os autores, somente as organizações de saúde possuem todas elas ao mesmo tempo. A concomitância destas características, as quais por si só já são tão complexas, é que lhes confere uma grande e particular complexidade.

Serão agora apresentadas algumas especificidades internas das organizações de saúde, relacionadas ao seu processo de trabalho e distribuição de poder. Posteriormente, para aquelas organizações de saúde que pertencem a administração pública, serão também identificadas algumas características derivadas desta sua particular condição. Finalmente, serão identificadas algumas tendências colocadas para as organizações públicas de saúde. Uma compreensão mais adequada destas características e tendências é necessária na medida em que podem influenciar e condicionar a definição e implementação de objetivos naquelas organizações.

3.1 - AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS

Algumas das particularidades das organizações de saúde apresentadas por Shortell e Kaluzny(1988) constituem-se como características das organizações profissionais.

A principal característica das organizações profissionais é que o seu funcionamento depende de seus operadores - os profissionais responsáveis pela produção de seus serviços. Exemplos destas organizações, são os hospitais, as universidades e as empresas de serviços profissionais. Os profissionais são os recursos críticos destas organizações, sem os quais, não poderiam funcionar e alcançar os objetivos, em função dos quais foram criadas(MINTZBERG, 1989; DUSSAULT, 1992).

O funcionamento destas organizações segundo Mintzberg(1989), depende das habilidades e do conhecimento técnico dos profissionais/operadores. Eles são os responsáveis diretos pela produção dos serviços e produtos da organização, constituindo-se assim, no componente chave destas organizações. São os que dominam e controlam a tecnologia necessária ao desenvolvimento das principais tarefas da organização.

Assim, os profissionais preservam grande autonomia em relação ao trabalho que desenvolvem, pois eles são os únicos que possuem as habilidades e o conhecimento necessários ao desenvolvimento e ao julgamento de seu trabalho.

Para o autor, o trabalho a ser desenvolvido nestas organizações, é complexo porque seu processo de produção exige qualificações de alto nível que só podem ser aprendidas através de um extensivo treinamento. Ao mesmo tempo, este trabalho pode ser considerado como estável, pois apesar da dificuldade do aprendizado referido, as habilidades necessárias são bem conhecidas e sua utilização pode ser padronizada.

O principal mecanismo de coordenação do trabalho nas organizações profissionais,

segundo Mintzberg(1989), é a padronização das qualificações, alcançada através do processo de treinamento formal dos profissionais - graduação e pós-graduação - e do estabelecimento de normas e padrões pelas associações profissionais.

Aqui, segundo Mintzberg(1989), reside uma diferença entre a burocracia profissional e a burocracia mecanicista. Na profissional, a maior parte dos padrões é gerado externamente, na mecanicista, é a tecnocracia(e os gerentes intermediários secundariamente) que os estabelecem. Outra importante diferença é que na profissional, o poder reside na perícia, enfatizando assim a autoridade dos especialistas; já na mecanicista, reside na função, na autoridade formalmente estabelecida pela hierarquia. Mais uma diferença ainda, segundo o autor, é que nas organizações profissionais, o processo de trabalho dos profissionais pode ser comparado a um conjunto de programas padronizados, compreendidos como uma série de habilidades imediatamente disponíveis, para serem aplicadas em situações conhecidas, denominadas "*contingências*". Este processo envolve duas tarefas básicas. Primeiramente, a realização do "*diagnóstico das necessidades do paciente em termos de uma das contingências*" e, posteriormente, a escolha e aplicação de um programa padrão. Na mecanicista, não há nenhum diagnóstico a ser realizado. Ela é uma estrutura de um único propósito; mediante um estímulo, "*é executada uma sequência padronizada de programas*".

Para Souza Campos(1990), o trabalho do médico, assim como de outros profissionais de saúde, preserva características de um "*trabalho artesanal*". Isto porque, na área da saúde, o desenvolvimento do processo de trabalho, aconteceu de forma a constituir inúmeras áreas de especialização. Tal divisão do trabalho entretanto, não levou ao aparecimento da "*linha de produção*", característica de outros processos de trabalho, onde existe uma dependência quase que absoluta entre os diferentes produtores, que deles participam. As áreas de especialização não se subordinam entre si, e tampouco o aparecimento de uma nova especialidade, implica no desaparecimento

de outra. Na verdade, segundo o autor, houve no processo de trabalho médico, *"um processo de adição de novos procedimentos para a produção do mesmo antigo produto: diagnóstico e instituição de uma terapêutica"*. Por isto, os médicos trabalham com alguma independência o que por sua vez, lhes assegura uma certa autonomia.

Segundo Dussault(1992), a autonomia profissional *"tende a favorecer a segmentação em grupos com interesses divergentes"*. Os *"profissionais vão tentar..."* controlar a organização *"...para manter seu poder sobre as decisões que influenciam seu trabalho"*.

Há portanto, uma tendência ao isolamento e conseqüentemente, à constituição de objetivos particulares de cada grupo profissional. Até mesmo, no interior de um só grupo, como no caso dos médicos, diferentes objetivos podem surgir, tendo em vista que as inúmeras sub-especialidades com seus diferentes grupos de especialistas médicos, tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente a partir da perspectiva da sub-especialidade em questão.

Tais características são contraditórias com as necessidades de tratamento colocadas pelos problemas de saúde, quais sejam, a interdisciplinaridade da atenção e a conseqüente interdependência das atividades desenvolvidas. O produto final - o paciente atendido - é resultado de inúmeras intervenções e da utilização de diferentes subprodutos desenvolvidos por diferentes setores e profissionais dos serviço de saúde.

Outra característica destas organizações segundo Mintzberg(1989), é a dificuldade de coordenação entre a estrutura profissional e a administrativa. Nas organizações profissionais, os profissionais não apenas controlam seu trabalho, como também interferem em muitas decisões administrativas que afetam diretamente seu trabalho, tais como a distribuição de recursos, a promoção e a contratação de pessoal. Estes profissionais participam assim, direta ou indiretamente, através da indicação de seus representantes, do trabalho da organização, denominado de administrativo.

Esta situação para Mintzberg(1989), faz com que emergja uma estrutura mais

democrática, apenas entre os profissionais. Para os demais integrantes da organização, como a equipe de suporte, "*...não existe democracia...*", todos estão à serviço daqueles profissionais. As unidades de suporte funcionam como núcleos mecanicistas dentro das organizações profissionais. Daí resultam então, duas estruturas administrativas "*separadas e paralelas*", uma democrática, para os profissionais e outra mecanicista, para a equipe de suporte.

O aparecimento desta segmentação entre administração e assistência segundo o autor, leva também ao surgimento de objetivos diferenciados. A assistência, com o objetivo de prestação de serviços, de acordo com os recursos julgados necessários pelos profissionais, porém nem sempre disponíveis, e a administração, voltada para assegurar o funcionamento eficiente e racional, o equilíbrio e a sobrevivência da organização como um todo.

Assim, as organizações de saúde, mais especificamente os hospitais, não apresentam apenas a configuração profissional (como já alertado anteriormente por Mintzberg, uma só organização pode apresentar as sete configurações por ele identificadas), apresentam também a configuração mecanicista, relacionada ao funcionamento das unidades de suporte. A configuração profissional está mais associada aos serviços assistenciais. Os demais serviços de apoio logístico(1) se aproximam mais de uma lógica mecanicista. Existe nestes, um programa padrão a ser utilizado. Seus padrões são estabelecidos internamente e a estrutura de poder está associada ao cargo na estrutura formal, conforme Mintzberg(1989) caracteriza as burocracias mecanicistas, ao diferenciá-las das burocracias profissionais.

Mintzberg(1989), chama a atenção para o fato de que todas estas configurações/forças convivem nas organizações numa tensão dialética, e que *"cada configuração contém a semente de sua própria destruição, residindo na sua própria*

1 - São considerados serviços de apoio logístico os também denominados de serviços gerais e administrativos, tais como, pessoal, financeiro, material, cozinha, lavanderia, arquivo e estatística, etc.

força dominante". Assim, o autor reconhece, a tendência emergente e intrínseca ao próprio próprio processo de trabalho destas organizações, de impulsioná-las para outras configurações.

Neste sentido, o autor considera que o aperfeiçoamento do sistema técnico das organizações profissionais, poderia comprometer diretamente o cerne destas organizações, que é a autonomia profissional, quer através de uma maior regulação, quer pela complexificação do processo de trabalho. A regulação permitiria a racionalização das habilidades profissionais, a ponto de decompô-las em passos programados, subtraindo assim do profissional, parte do poder de decisão sobre seus próprios atos. A organização nesta situação, tenderia a uma configuração mecanicista. A complexificação por sua vez, requeria a introdução de habilidades e conhecimentos de outras áreas profissionais, o que também diminuiria a autonomia dos profissionais, já que estariam inseridos numa equipe multidisciplinar. Nesta situação, a organização tenderia a apresentar uma configuração inovativa.

Nas organizações profissionais o núcleo operador detem, pelas razões já mencionadas, boa parte do poder. Segundo Mintzberg(1989), o poder dos gerentes de nível superior e intermediário nestas organizações, se comparado com as configurações mecanicista ou empreendedora, é relativamente menor. No entanto, estes gerentes desempenham uma série de papéis que, indiretamente, lhes fornecem poder. São eles que negociam as soluções para as situações de conflitos entre os profissionais. São eles também que, principalmente, estabelecem as relações de interface com o ambiente, que lidam, negociam e mantêm ligações com os *"influentes externos"*. Os profissionais esperam, que os gerentes os protejam das pressões ambientais e os influentes externos esperam que eles controlem os profissionais. Para Mintzberg(1989), estes papéis são as *"fontes de poder dos administradores"*. Pois, o poder *"é conquistado num locus de incerteza, e isto é exatamente onde se situam os administradores do trabalho profissional"*.

Segundo Scott(1981), as organizações profissionais apresentam uma estrutura interna de poder que é caracterizada por Thompson(1976) da seguinte maneira:

"o número de posições de poder dentro da organização e consequentemente o tamanho da coalizão dominante, são afetados pela natureza da tecnologia organizacional e de seu ambiente operacional."

Ou seja, quanto mais incerta a tecnologia utilizada e quanto mais fontes de incerteza ambientais houver, mais bases de poder existirão e maior será a coalizão dominante na organização. É portanto, esperado que nestas organizações, aqueles profissionais - os médicos - que lidam com problemas de incerteza, demandem e tenham lugar no processo decisório organizacional.

Em síntese, nas organizações de saúde coexistem diversos objetivos que podem ser conflitantes ou não, relacionados aos diferentes grupos profissionais que a compõem e que em relação a elas têm objetivos.

Seus dirigentes procuram ou deveriam procurar assegurar a eficiência e a sobrevivência organizacional. Os profissionais da assistência estão voltados para o atendimento dos pacientes segundo padrões estabelecidos entre seus pares, não importando se a eficiência e a sobrevivência da organização estão asseguradas ou ameaçadas. Mesmo entre estes profissionais, em particular os médicos, diferentes objetivos podem surgir, pois cada uma das especialidades pode enfatizar determinado aspecto do diagnóstico e do tratamento.

Considerando-se a estrutura interna de poder nestas organizações, o processo de definição e implementação de objetivos organizacionais, acontece e é assegurado pela constituição de uma coalizão de atores, que incorpore além dos dirigentes, os profissionais responsáveis pela produção dos serviços hospitalares que em última instância, são aqueles que materializam os objetivos organizacionais.

É necessário construir de forma contínua, uma composição, agregação e mobilização dos atores situados no interior destas organizações, em torno do processo

de definição e implementação de objetivos organizacionais. Seus dirigentes, em função do papel que desempenham de interlocutores da organização frente ao seu ambiente, e do poder que possuem em razão da natureza deste papel, são os principais responsáveis por articular uma coalizão de atores internos e externos, a qual poderá assegurar o processo de definição e implementação de objetivos organizacionais.

3.2 - AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

As organizações de saúde, que são também públicas, estão submetidas a outras características mais genéricas relativas ao funcionamento da administração pública, as quais lhes conferem mais complexidade ainda, e conseqüentemente influenciam e condicionam, o processo de definição e implementação de objetivos organizacionais. Para Motta(1989), algumas destas características fazem com que este processo seja repleto de *"incongruências e ambiguidades"*.

O setor saúde é uma área onde convivem diferentes interesses. Os usuários, que desejam ver satisfeitas as suas necessidades de atendimento, com qualidade e rapidez. Os profissionais de saúde, interessados no seu aprimoramento técnico e nas recompensas financeiras advindas de seu trabalho. As empresas fornecedoras de insumos(medicamentos, materiais de consumo em geral, prestadoras de serviços), que desejam vender seus produtos. Os diferentes níveis de governo, que desejam ver a população atendida, até mesmo por interesses políticos. As associações profissionais que defendem principalmente os interesses dos profissionais e ela afiliados. Outras organizações de saúde, que podem apresentar objetivos convergentes ou divergentes entre si(DUSSAULT, 1992).

Ao se observar este abrangente conjunto de interesses que circundam e penetram nas organizações de saúde, é possível identificar que, além dos diferentes objetivos existentes no interior destas organizações, no seu ambiente externo, também estão colocados objetivos diversos *"para"* a organização, como Thompson(1976) já identificara, considerando as organizações de uma maneira geral.

Para Ring e Perry(1990), as organizações públicas estão submetidas a uma influência direta e permanente, de uma grande variedade de interesses que são por vezes, competitivos.

Uma das incongruências existentes no processo de definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde, reside no fato de, por pertecerem a administração pública, terem por pressuposto, uma função pública a cumprir, compreendida como um dever de Estado de prestar serviços sociais à população, e de assegurar assim, os direitos de cidadania. Deveres e direitos, que no campo da saúde, foram previstos inclusive, na Carta Constitucional de 1988. Ou seja, seus objetivos mais gerais estariam voltados para o atendimento dos interesses e demandas públicas. No entanto, o que observa-se, é que interesses particulares existentes no interior da administração pública, acabam por vezes prevalecendo, em detrimento dos interesses públicos.

Para Motta(1990),

" o Estado brasileiro, sobretudo no que se refere à sua máquina pública, possui ainda fortes remanescências de uma sociedade tradicional de características semi-feudais".

A administração pública muitas das vezes, funciona como um instrumento a serviço da manutenção do poder tradicional. Ela está portanto, segundo ainda o autor, mais orientada por *"critérios de loteamento político para manter as coalizões de poder e atender a grupos preferenciais"* do que por critérios técnico-rationais.

Para Junqueira e Inojosa(1992), *"a história do setor saúde no Brasil..."* desenrolou-se num Estado que apresenta fortes características patrimonialista, clientelista e centralizadora(2). Segundo os autores, o Estado *"financiou o setor privado*

2 - Segundo José Nilo Tavares, Patrimonialismo é a "forma de organização social com base no patrimônio, i.e., no conjunto de bens, materiais e não- materiais, mas com valor de uso e de troca, que pertecem a uma pessoa ou a uma empresa pública e privada, inclusive do Estado."

"...a dominação patrimonial não estabelece distinção entre as esferas pública e privada, confundindo-as no cotidiano em benefício dos seus interesses pessoais e do seu arbítrio."

O Estado brasileiro, segundo o autor, contém duas tendências conflitantes. Uma, patrimonialista, que se origina nas formas pelas quais, a economia e a sociedade brasileira se organizaram, baseadas fundamentalmente, na concessão de terras para o senhorio português, no estabelecimento de relações de trabalho escravistas e na produção voltada para fora do país, e que se manifesta no poder local dos grandes proprietários de terras. Outra, burocrática, racional-legal, que se origina com o desenvolvimento econômico e social, com a expansão das forças produtivas, com as alterações das relações sociais de trabalho, com o processo substitutivo de importações na industrialização, com a urbanização e com a emergência de novas classes sociais, e que se manifesta no poder central da burocracia do Estado.

para lhe comprar serviços" e constituiu "um aparato burocrático a serviço de interesses particulares".

Ainda segundo aqueles autores,

"é nesta perspectiva, que as organizações, em geral, são criadas, acomodando interesses privados e, muitas vezes, não se articulam entre si porque não convém a esses interesses a racionalização dos recursos públicos."

A distribuição destes recursos, termina por obedecer uma lógica que privilegia os interesses particulares e a sobrevivência das organizações (como uma forma de perpetuar tais interesses), em detrimento do interesse público. A centralização das decisões muitas das vezes, é uma das formas de assegurar a manutenção e o crescimento destes interesses particulares no interior da administração pública.

A centralização existente na administração pública, por sua vez, constitui-se num problema para as organizações públicas de saúde, no tocante à implementação de objetivos organizacionais. Dussault (1992), chama a atenção sobre este aspecto quando diz que nestas organizações, há uma tendência à *"contaminação burocrática"*. Ou seja, elas estão sujeitas como quaisquer outras organizações do setor público, às mesmas regras e normas definidas para toda administração pública, apesar de suas características diferenciadas e da complexidade que reveste seu processo de trabalho. Uma das formas desta contaminação se apresentar é o controle excessivamente centralizado dos meios e processos, relacionados à operação interna das organizações de saúde.

Se não são os dirigentes destas organizações que decidem sobre os meios que permitiriam alcançar os objetivos organizacionais, isto é, não decidem e por vezes sequer definem os recursos financeiros, humanos e materiais necessários ao funcionamento da organização; se também, não decidem sobre os processos necessários para o atingimento dos resultados esperados (tomando como exemplo a gerência de

Recursos Humanos, na maior parte das vezes, os dirigentes não têm poder de decisão sobre o sistema de recompensas e punições relacionado ao alcance de resultados), torna-se mais difícil ou mesmo impossível, assegurar o alcance dos objetivos organizacionais.

Outra importante e diferenciada característica, é que as organizações públicas de saúde apresentam uma considerável dependência, maior do que as outras organizações não pertencentes ao setor público, do ambiente socio-político em que se inserem. Mesmo naquelas onde existe maior autonomia, há sempre uma autoridade externa de algum nível de governo(federal, estadual ou municipal), a qual as organizações estão vinculadas e são dependentes, inclusive e principalmente, do ponto de vista da provisão de seus recursos. Os objetivos das organizações públicas de saúde inicialmente, são fixados por esta autoridade externa(DUSSAULT, 1992).

Segundo Motta(1985), as organizações públicas de saúde,

"interagem simultaneamente com várias instâncias administrativas e políticas, normalmente instáveis, descontínuas, intermitentes e, portanto, incapazes de estabelecer claramente os objetivos segundo uma visão de longo prazo."

Além disso, estas instâncias administrativas das quais as organizações dependem, se comparadas a outros setores governamentais, que não da área da saúde, são em geral politicamente mais frágeis(MOTTA,1990). O setor saúde como já mencionado, historicamente não se constitui em área prioritária de alocação de recursos públicos.

Novamente, identifica-se um outro paradoxo. A organização depende de uma autoridade externa para definir seus objetivos, todavia, ao procurar esta definição, tende a encontrar uma resposta insatisfatória.(MOTTA, 1985)

Portanto, estas organizações e seus dirigentes, lidam com uma situação generalizada, de incongruência e indefinição dos objetivos organizacionais, quer considerando-se as organizações em si, quer considerando-se o nível central ao qual estão vinculadas(MOTTA, 1985). Por esta razão, não é incomum encontrar objetivos

coincidentes e conflitantes entre as organizações de saúde.

Esta situação torna-se mais grave ainda, ao considerar-se que uma organização pública de saúde não existe isoladamente num dado ambiente. De maneira geral, mesmo que não articulada formalmente, ela está inserida numa rede de serviços de saúde (conjunto de organizações de saúde pertencentes ou vinculadas ao poder público municipal, estadual ou federal), na qual deveria ter uma função específica e funcionar de forma articulada e complementar, considerando os serviços prestados pelas demais unidades. Seus objetivos, em particular, a definição do tipo de serviços que irá produzir - seu perfil assistencial - deveria estar articulado e integrado com os perfis das outras unidades componentes da rede de serviços.

Entretanto, como os três níveis de governo de maneira geral, atuam com suas respectivas redes de serviços numa mesma área, sem nenhuma ou com pouca articulação entre eles, o que acaba por prevalecer algumas das vezes, é a incongruência, por outras, a indefinição, e ainda em outras, a coincidência de objetivos entre estas organizações e entre as redes de serviços dos três níveis de governo. Motta(1985), coloca que um dos problemas enfrentados pelos dirigentes das organizações públicas de saúde, é que eles

"operam num emaranhado burocrático, em que os órgãos que dirigem possuem objetivos coincidentes ou conflitantes com outros órgãos pelos quais não possuem nenhuma autoridade."

A ausência de autonomia no controle dos meios e processos dos dirigentes destas organizações, associada com a indefinição generalizada de objetivos, contribuem para que estes dirigentes segundo Motta(1985), tenham dificuldades em *"assumir responsabilidade sobre os objetivos"*. Se não se sabe claramente o que se deve fazer, e se também, não se tem o poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória.

A indefinição de objetivos e a dificuldade de assumir a responsabilidade pelo

alcance dos objetivos organizacionais, estão na verdade, disseminados por toda a organização. Cada setor organizacional acaba por direcionar seus esforços e atenção fundamentalmente, para assegurar a sua sobrevivência. Assim, segundo Motta(1985), observa-se nestas organizações uma inversão de prioridades entre fins e meios. A ambiguidade e indefinição de objetivos nestas organizações, propicia que os meios compreendidos como as normas e os processos internos, acabem por constituírem-se nos objetivos da organização.

Outra característica das organizações públicas de saúde é segundo Dussault(1992), *"um dever de atendimento que não existe no setor privado"*, e que pode entrar *"...em contradição com a limitação de recursos"*.

Apesar desta limitação de recursos, ainda segundo o autor, estas organizações estão menos submetidas às regras do mercado do que as do setor privado o que lhes assegura sobreviver mesmo quando não são eficientes.

Aqui se localiza outra incongruência. Estas organizações convivem com a necessidade e o dever de prestação de serviços de saúde, com uma crônica limitação de recursos e apesar de tudo, sem nenhuma, ou com muito pouca preocupação, em racionalizar os poucos recursos existentes, a fim de atender a crescente demanda da população por mais e melhores serviços. A eficiência parece não ser um objetivo a ser alcançado nas organizações públicas de saúde, quando deveria ser.

Motta(1990) considera que as organizações públicas de saúde estão submetidas a uma situação de escassez aguda, a qual é caracterizada pela permanente insuficiência de recursos e ausência de perspectivas de solução. Há por um lado, uma demanda maior por serviços públicos, considerando-se a pauperização crescente da população, o que por sua vez exige mais recursos. E por outro lado, há uma restrição cada vez maior destes recursos, tendo em vista o contexto de recessão econômica enfrentado pelo país. Como diz Motta(1990), *"administração de escassez é a pressão para que se faça mais, aliada à pressão para que se gaste muito menos."*

Tal situação recoloca para estas organizações questões relacionadas à sua eficiência e sobrevivência. É preciso obter-se mais, dos poucos recursos existentes e sobretudo é necessário, não desperdiçá-los. A sobrevivência será dependente do alcance de um relação adequada entre insumos e produtos.

Outro fator a influenciar o processo de definição e implementação dos objetivos nas organizações públicas de saúde, refere-se a existência de uma cultura particular no interior de cada uma delas. Segundo Motta(1989), este "... conjunto de crenças, hábitos, valores, relacionamentos, alocação de poder, conhecimentos, tecnologia, atitudes e comportamento", pode ou não "estar em harmonia ou concordância com os valores de comunidade ou do sistema maior que a cerca". Esta cultura pode interferir na definição e condicionar a implementação dos objetivos organizacionais, na medida em que contribui para explicar, um comportamento encontrado nas organizações, de resistências à mudanças(definir/redefinir e implementar objetivos numa organização, implica em promover algumas vezes, mudanças nos hábitos, nas crenças, nos valores e nos comportamentos, entre outras). Segundo Motta(1987), nas organizações públicas há uma tendência a "*reconciliação contínua com o passado*". Para ele, a

"busca da coerência histórica é comum nas organizações em que a grande agregação interna é baseada na lealdade à missão e aos programas que deram origem e imagem externa à instituição."

Por último, mais uma característica das organizações públicas de saúde pode ser mencionada. De maneira geral, estas organizações são dirigidas por profissionais médicos, cujos critérios de indicação são, o loteamento político-partidário e/ou o reconhecimento da competência médica no campo da sua especialidade médica. Ou ainda, segundo Motta(1990) "*a crença de que pessoas de bom senso, hábeis no manejo da autoridade,...podem se tornar bons dirigentes*". Estes profissionais, não receberam e em geral, não recebem(às vezes sim, por iniciativa individual), nenhuma formação específica para desenvolver as funções gerenciais. Alguns mais, outros menos, acabam

por adquirir algumas das habilidades necessárias às suas funções, na experiência do dia a dia(MOTTA,1990).

Porém, considerada a complexidade das organizações públicas de saúde e de seu contexto, e admitindo-se que o alcance da eficiência e eficácia organizacionais depende em parte, de um adequado desempenho gerencial, aqueles dirigentes não estão suficientemente capacitados para gerenciar estas organizações.

Para Motta(1990) existe pouco investimento na formação destes profissionais, associado a inexistência de uma carreira profissional, que lhes assegure oportunidades claras de formação e crescimento profissional. Em parte, esta situação pode constituir-se num fator desestimulante a um maior compromisso destes dirigentes com suas organizações e seus objetivos, e numa justificativa para a inexistência de mecanismos de avaliação do desempenho gerencial.

Há na verdade uma reação em cadeia. Aquilo que acontece a nível macro, na administração pública, se reproduz a nível das organizações de saúde. A transitoriedade e a intermitência existentes nos níveis centrais, associadas e por vezes determinadas, por fatores políticos, contribuem para a constituição de um cenário organizacional(aqui considerando a administração pública como um conjunto organizações), onde a indefinição, a incongruência e a distorção de objetivos(os meios transformam-se em objetivos), já estão de tal forma incorporadas, que são consideradas como situações quase "naturais", que acontecem por acaso.

Em síntese, as organizações públicas de saúde e seus dirigentes, enfrentam uma série de dificuldades internas e externas, que não os direciona para a obtenção de resultados relacionados a objetivos. A tendência geral como já colocada, é a de que ninguém ou poucos, sentem-se responsáveis pelo alcance de objetivos organizacionais.

Considerado o ambiente em que estas organizações se inserem, diferentes grupos, como os usuários, os fornecedores, os diferentes níveis de governo, as associações profissionais, ou mesmo, grupos de interesses particulares localizados e/ou

representados no interior da administração pública, têm diferentes objetivos *"para"* as organizações públicas de saúde, os quais podem ser coincidentes ou não entre si, bem como com aqueles objetivos originados no interior das organizações.

A intensa interface e dependência da organização pública de saúde em relação a seu ambiente, exige que o processo de definição e implementação de objetivos, seja um processo interativo e permanente entre a organização e o ambiente.

Segundo Motta(1989), esta característica impõe às organizações e a seus dirigentes, a necessidade de estabelecer e manter abertos *"canais de acesso a todas as instituições que afetam ou são afetadas pelos objetivos e interesses políticos de sua organização"*, de forma a permitir a *"reacomodação de interesses provocados por novas demandas e apoio."* Segundo ainda o autor, neste processo, é necessário *"articular e agregar previamente interesses...que garantam alianças claras e comprometimento de recursos"*.

Ring e Perry(1990), chamam a atenção para as características das coalizões que se formam no interior da administração pública de uma maneira geral. Ao mesmo tempo que são absolutamente necessárias à definição de políticas e objetivos, estão sujeitas a uma grande instabilidade, devido à transitoriedade dos ocupantes das funções públicas, a ambiguidade das políticas e dos objetivos, e à influência de vários e diferentes grupos de interesses.

Dito de outra forma, as organizações públicas de saúde precisam permanentemente construir e reconstruir seu *"consenso de domínio"*, ou seja, redefinir continuamente um conjunto de expectativas internas e externas acerca daquilo que se espera que estas organizações desenvolvam(THOMPSON, 1976).

É no apoio e nas alianças externas previamente obtidos, que o gerente da organização pública encontra respaldo para operacionalizar os objetivos da organização. Especialmente, quando esta operacionalização, se defronta com oposições e interesses contrários de grupos e indivíduos no interior da organização e no seu ambiente. As

pessoas, ao longo do tempo aprendem a adaptar-se, mas também a resistir, às sucessivas mudanças não só da política pública, como também dos dirigentes daquela organização. Portanto, o apoio é necessário tanto na definição quanto na implementação dos objetivos organizacionais. Este apoio, poderá propiciar uma maior integração entre decisão e ação, entre formulação e implementação de objetivos, os quais por sua vez poderão contribuir para uma maior mobilização interna na organização em torno de seus objetivos(MOTTA, 1990).

Para Motta(1990), o êxito de uma organização pública no alcance de seus objetivos dependerá de um sólido apoio político a ser construído e reconstruído a cada momento deste processo de definição e implementação dos objetivos da organização.

Segundo ainda Motta(1989), como o compromisso prévio externo se dá em termos de objetivos genericamente definidos, esta generalidade produz internamente efeitos gerenciais indesejáveis. Objetivos genéricos não se constituem em subsídios para a decisão e a ação gerencial e portanto, não *"fornecem qualquer sentido de direção para o alcance de resultados"*. Além disso, deles resultam diretrizes administrativas inespecíficas que podem *"ser interpretadas de forma variada e contrárias a pretendida"*. Portanto, é necessário que destes objetivos genéricos e acordados previamente, resultem objetivos mais específicos de maneira a fornecer uma direção para a organização.

Em última instância, coloca-se a necessidade de estabelecer-se uma *"cadeia de meios e fins"*, como já identificava Simon(1979). Objetivos genéricos precisam ser traduzidos nos meios necessários para alcançá-los, que por sua vez, devem ser traduzidos em objetivos específicos, para os quais também devem ser identificados os meios necessários para seu alcance. É uma tentativa de introduzir-se uma racionalidade instrumental no processo interno de definição e implementação de objetivos, apesar de reconhecer-se a princípio, a impossibilidade dele acontecer de uma forma absolutamente coerente e racional. Mas como o próprio autor afirma, esta tentativa de

ação racional representa "*o único traço de racionalidade*" observado no comportamento do indivíduo e da organização.

Ou como diz Thompson(1976), as organizações apesar de lidarem permanentemente com problemas tecnológicos e ambientais, que lhes impõem incertezas, precisam alcançar alguma racionalidade nas suas ações, já que precisam também apresentar resultados. Resultados e racionalidade que impõem-se ainda mais, pelo fato das organizações públicas de saúde terem uma função e um dever social a cumprir, e por estarem submetidas a uma situação de escassez aguda de recursos.

3.3 - ALGUMAS TENDÊNCIAS COLOCADAS PARA AS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

Além das características vigentes é preciso também considerar as tendências que estão colocadas para estas organizações, ao se analisar seu processo de definição e implementação de objetivos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente constituído na Carta Magna de 1988, propôs a reorganização dos serviços de saúde, de forma que estes, integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, subordinada a algumas diretrizes, dentre elas:

"I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo das atividades assistenciais; III - participação da comunidade."

Descentralizar, significa transferir o poder decisório dos níveis centrais para os níveis locais. Esta transferência de poder geralmente traz dentre outras consequências, a possibilidade de uma maior participação da população e dos funcionários das organizações públicas de saúde, na definição e controle de objetivos e resultados. Implica em transferir para o poder local, de maneira geral para o governo municipal, o controle e as decisões sobre a rede de serviços de saúde, nela incorporadas as unidades de origem federal e estadual. O governo municipal assim, constitui-se no nível central, e as organizações de saúde, no nível local. A descentralização também está colocada para as relações a serem construídas e estabelecidas entre o nível central municipal e as unidades integrantes da rede de serviços de saúde.

No entanto, não são todas e quaisquer decisões, que necessariamente são deslocadas para o nível local. A descentralização não pode significar o completo desligamento e independência da organização de saúde, da rede de serviços.

A regulação do nível central é necessária no tocante à definição das características

da rede de serviços como um todo e dos perfis assistenciais de suas unidades, consideradas as características epidemiológicas da população a ser atendida. É também necessária, no que diz respeito às limitações e possibilidades tecnológicas e financeiras dessa rede de serviços. Constitui-se num processo que deve ser construído e negociado de forma permanente entre os níveis central e local.

Ou seja, o processo de definição de objetivos das organizações públicas de saúde necessariamente precisa estar localizado e submetido a uma lógica de constituição de um Sistema de Saúde, onde as organizações componentes, têm papéis a cumprir de forma integrada e complementar, conjuntamente acordados, junto ao comando único da rede de serviços.

Como bem coloca Mendes(1989), descentralizar não significa tornar absolutamente independente cada unidade prestadora de serviços, pois isto *"corresponderia a criar o caos e impedir o exercício de certas funções indelegáveis de níveis superiores, como a função redistributiva"*. Ainda, segundo o autor, há *"uma relação biunívoca"* entre a centralização e a descentralização, onde a cada iniciativa descentralizadora corresponde uma centralizadora. Neste sentido, descentralização e centralização caminham sempre juntas. São como as duas faces inseparáveis de uma mesma moeda.

Motta(1991) se coloca da seguinte maneira, concordando com Mendes, sobre a relação entre centralização e descentralização: *"desatar as mãos não quer dizer que elas estejam livres dos braços"*.

A compatibilização da tendência de descentralização e a centralização, necessária a não desintegração do Sistema, poderia ser alcançada segundo Mendes(1989), através da constituição de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), compreendidos como uma rede de unidades prestadoras de serviços de saúde e um espaço-população numa relação biunívoca entre eles. Os SILOS devem estar baseados em dois princípios: impacto e orientação para problemas.

A busca de impacto, compreendido como a alteração do estado de saúde da

população, segundo o autor, leva à orientação para problemas. Significa dizer que o Sistema Local deve identificar e buscar resolver seus problemas, ou seja, as diferenças existentes entre uma situação objetivo(desejada) e uma situação encontrada.

A identificação do problema, depende da definição prévia de quais resultados deseja-se alcançar, em termos de mudanças de estado de saúde da população, mas também em termos operacionais, qualitativos e quantitativos dos serviços a serem produzidos pelas diferentes unidades componentes do Sistema Local. Cada uma destas unidades precisa ter um perfil assistencial definido, ou um conjunto de atividades segundo uma complexidade tecnológica, que de forma articulada e integrada com as demais unidades da rede, comporão o conjunto de ações e serviços a serem ofertados por um Sistema Local para a população que lhe diz respeito.

As considerações de Mendes(1989), reforçam a importância de buscar-se definir objetivos para os Sistemas Locais, ou seja, para a rede de serviços de uma dada região, bem como para as organizações de saúde que a integram, em particular.

Aliás, a ênfase nos objetivos tem estado presente nos modelos e propostas mais recentes de flexibilização da organização e de sua gerência(MOTTA, 1991).

Souza Campos(1990) preconiza uma reorganização do processo de trabalho nos hospitais e outros serviços de saúde, onde seja rompida a lógica de departamentalização funcional. Em outras palavras, significa acabar com a Divisão Médica, a Divisão de Enfermagem, o Serviço de Psicologia, o Serviço Social, o Serviço de Nutrição e outros mais. Propõe então, que a divisão do trabalho nestas organizações ocorra, segundo a lógica dos diferentes processos de produção e produtos existentes na organização. Ou seja, que a cada serviço criado na estrutura, corresponda um produto claramente identificável e necessário ao alcance dos objetivos gerais da unidade de saúde, reunindo para tanto, os profissionais necessários a sua execução, e estimulando consequentemente a formação de equipes multidisciplinares. Tal modelo implica que, necessariamente não apenas a unidade tenha que definir seus objetivos e traduzí-los em

termos de metas quantitativas e qualitativas, como também cada serviço tenha também que definir para si, objetivos e metas.

Portanto, a tendência descentralizadora colocada para as organizações de saúde necessita de uma contrapartida que assegure a integração, a articulação e o equilíbrio das funções e ações do Sistema de Saúde como um todo. Dentre outras iniciativas, torna-se necessário enfatizar a definição de objetivos, de metas, qualitativas e quantitativas, bem como de resultados a serem alcançados por estas organizações, nos mais diferentes níveis. Quer para a rede de serviços considerada enquanto um conjunto de organizações, quer para cada organização em particular. Quer ainda, internamente em cada organização, para os diferentes setores que a compõem. É um processo que se dá em duas direções, ou seja, do centro para a periferia e da periferia para o centro. A definição de objetivos em cada nível é condicionada e condiciona a definição no outro. Reside aqui uma tensão permanente entre a descentralização e a centralização.

Em resumo, todas estas características e tendências complexificam o processo de definição e implementação de objetivos das organizações públicas de saúde. Uma compreensão mais adequada deste emaranhado de dificuldades e possibilidades, precisa ser adquirida, para que seus dirigentes possam construir viabilidade suficiente para a definição e a implementação de objetivos em suas organizações, condição essencial para que não percam a sua razão de existir, qual seja, a de responder de forma eficaz e eficiente, às necessidades de atendimento de sua clientela.

Este processo não deve ser compreendido como algo linear e tampouco dado. Está e sempre estará por ser construído, numa interação permanente entre os dirigentes, os demais integrantes da organização, outras organizações de saúde que façam parte da rede, os níveis centrais de governo ao qual está vinculada e outros segmentos de seu ambiente.

4 - O HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA

4.1 - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DA REDE DE SERVIÇOS DA AP-4

O Hospital Raphael de Paula Souza, também conhecido como Hospital de Curicica, está localizado no bairro de Jacarepaguá, inserindo-se na rede de serviços que integra a Área de Planejamento-4(AP-4) do município do Rio de Janeiro(1). A AP-4 compreende as XVI e XXIV Regiões Administrativas(RAs), sendo Jacarepaguá com 117,07 Km² e Barra da Tijuca com 176,36 Km² respectivamente, ocupando assim uma área total de 293,43 Km²(2). A população para 1991, foi estimada em 602.271 habitantes, sendo 495.071 em Jacarepaguá e 107.200 na Barra(3).

O Hospital de Curicica foi inaugurado como um hospital especializado em tuberculose e vem, desde o final da década de 70, tentando consolidar um novo perfil assistencial de hospital geral ou mais especificamente, de clínicas básicas(4) com especialização em tisiopneumologia. Funciona atualmente com 148 leitos, assim distribuídos: 30 leitos em clínica pediátrica, 49 leitos em clínica médica, 10 leitos em cirurgia geral, 10 leitos em cirurgia torácica, 20 leitos em ginecologia e 29 leitos na pneumologia(5).

A assistência ambulatorial se realiza nas clínicas básicas e na tisiopneumologia.

1 - No período da fusão do estado da Guanabara com o do Rio de Janeiro, o município do Rio de Janeiro foi subdividido em seis áreas de planejamento(AP) para efeito de planejamento urbano. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, também com a finalidade de planejamento em saúde, considerou cinco áreas de planejamento, redistribuindo as Regiões Administrativas(RAs) da AP-6, entre as outras APs. As RAs, por sua vez, foram criadas anteriormente, ainda no antigo estado da Guanabara.

2 - GEL CEAP-4, Plano Diretor de Saúde da AP-4 1988-1989, RJ, 1988.

3 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Bases para a Organização da Rede Pública de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, 1991.

4 - São consideradas clínicas básicas, as clínicas pediátrica, médica, cirúrgica e obstétrica.

5 - Segundo informação da direção do Hospital em março de 1993.

Oferece também atendimento em psicologia, fonoaudiologia, serviço social, enfermagem, odontologia e imunização. Conta, nos setores de apoio ao diagnóstico e tratamento, com os serviços de radiologia, endoscopia, anatomia patológica, patologia clínica, provas funcionais respiratórias, broncoscopia, ultrassonografia, hemoterapia e fisioterapia(6).

Constitui-se num órgão da Administração Direta do Ministério da Saúde e compõe o Sistema Único de Saúde - SUS(7). É financiado com recursos orçamentários do Ministério; uma parte é repassada periodicamente, independente da produção de atividades e a outra, proporcionalmente à produção de atividades, mediante os sistemas de financiamento ambulatorial e hospitalar, os quais têm como instrumento operacional, os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares - SIA-SUS e SIH-SUS(8).

Esta modalidade de pagamento e financiamento(SIA-SUS e SIH-SUS) da rede pública de serviços de saúde, foi introduzida nos hospitais públicos, das diferentes esferas governamentais, a partir de 1991. Até então, os hospitais federais recebiam recursos através de um orçamento global, independentemente de sua produção. A nova modalidade tem como lógica a contenção dos gastos e o estímulo ao aumento da produção das unidades públicas, as quais são, na sua maioria, amplamente

6 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, op. cit.

7 - O Sistema Único de Saúde foi instituído no texto constitucional de 1988 no art. 198 que diz: "As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade."

No entanto, somente em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde(Leis 8.080/90 e 8.142/90), o SUS foi regulamentado. Foram dispostas então, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo as atribuições comuns e específicas das três esferas de governo.

Mais recentemente, em 1993, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, foi então regulamentado o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde de âmbito do SUS e estabelecidos os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular, da assistência hospitalar e ambulatorial, além de definidas diretrizes para os investimentos no setor. Esta Norma foi elaborada com base no texto constitucional, na Lei Orgânica da Saúde e no documento ministerial Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.

Ver MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS - Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, Brasília, 1993.

8 - Ver Norma Operacional Básica - SUS 01/1993.

Ver MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS - Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, Brasília, 1993.

reconhecidas, como ineficientes e ociosas.

O Hospital de Curicica é uma unidade gestora, ou seja, possui autonomia administrativa para realização de compras e contratação de serviços. Seu quadro de funcionários está submetido ao Regime Jurídico Único(9), campo no qual tem portanto, pouca autonomia. Durante o período da existência da Campanha Nacional Contra a Tuberculose(CNCT)(10), extinta em 1991, possuía maior agilidade e flexibilidade na utilização dos recursos financeiros advindos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social(INAMPS) através da Campanha(11). Em alguns momentos da história do Hospital, até mesmo a contratação de profissionais foi possibilitada com base neste instrumento jurídico administrativo.

Além do Hospital de Curicica, a rede pública de serviços da AP-4 é composta por dez unidades públicas de saúde em funcionamento, e uma a ser inaugurada - o Hospital Municipal Lourenço Jorge(12), o qual deverá constituir-se na referência para as emergências da AP-4. Além disso, conta também, com uma rede de serviços de saúde conveniados com o SUS(anteriormente ao início do processo de extinção do INAMPS, hoje em andamento, era com este órgão que tais convênios eram estabelecidos), além de outras unidades sem nenhuma vinculação com o setor público.

9 - O Regime Jurídico Único implantado através da Lei 8.112/90, dispõe sobre as relações funcionais dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Significa que tais relações estão definidas pelo nível central e quaisquer aplicações de normas, punições e recompensas, bem como a contratação de pessoal passa necessariamente pelo nível central.

10 - Criada em 20 de junho de 1946, através do decreto-lei no 9.387, foi o instrumento jurídico administrativo que propiciou grande agilização e crescimento das atividades de controle da tuberculose, não só pelos significativos recursos financeiros alocados, como também pela autonomia atribuída, permitindo desde a realização de obras como a do Sanatório de Curicica, de despesas com pessoal, até mesmo a transferência de recursos para instituições privadas.

Ver HIJJAR, M. A. Aspectos do Controle da Tuberculose numa População Favelada - Favela do Escondidinho do Rio de Janeiro, tese de mestrado apresentada ao curso de pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

Ver CALDAS, C. Sugestões para Nova Orientação da Campanha Nacional contra a Tuberculose em face dos Recentes Progressos Terapêuticos, in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/ CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos Apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações Decorrentes Desses Trabalhos, Rio de Janeiro, 1955.

11 - O repasse de recursos financeiros do INAMPS para os hospitais do MS através das Campanhas, ocorreu no período de 1981 a 1991, quando elas foram extintas.

12 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, op. cit.

Segundo a complexidade do atendimento prestado, esta rede apresenta três níveis de complexidade(13). No 1º nível, existem quatro unidades básicas de saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde(SMS), sendo que uma delas, além da Secretaria, é também mantida por outras instituições. Todas prestam atendimento ambulatorial nas clínicas básicas e uma delas responde também, pelo atendimento das urgências de menor complexidade.

No 2º nível de complexidade, há uma única unidade especializada denominada de Posto de Assistência Médica(PAM) vinculada ao INAMPS(14). Possui atendimento ambulatorial nas clínicas básicas e em algumas especialidades, além de atender às urgências de menor complexidade. Conta com leitos para internações de emergência, também de menor complexidade, e para internações clínicas em pediatria.

No nível mais complexo, o hospitalar, apresenta seis hospitais: dois hospitais da Secretaria Estadual de Saúde(SES), especializados em hanseníase e tisiopneumologia(este, conta também com leitos de clínica médica); um hospital geral vinculado ao INAMPS, que se constitui na atual referência para o atendimento de emergência e das clínicas especializadas da AP; um hospital para pequenas emergências da SMS, o qual será desativado, por ocasião da inauguração do novo hospital, já mencionado; e dois hospitais do Ministério da Saúde, um especializado em psiquiatria e o Hospital de Curicica.

A maior parte desta rede está localizada em Jacarepaguá. Apenas uma unidade básica, o hospital de pequenas emergências, e o futuro hospital a ser inaugurado, todos da SMS, localizam-se na Barra.

13 - Esta categorização das unidades de saúde da AP-4 em três níveis de complexidade, consta do já referido documento da SMS-RJ.

Ver SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, op. cit.

14 - Por ocasião desta publicação da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, o INAMPS não havia ainda sido extinto. Em fevereiro de 1993, em matéria publicada num jornal de grande circulação do Rio de Janeiro, os hospitais e os PAMS, permaneciam vinculadas ao INAMPS. Situação experimentada apenas pelo município em questão.

Ver SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, op. cit.

Ver matéria publicada no JORNAL DO BRASIL, "Governo quer acabar com o INAMPS", RJ, 09 de fevereiro de 1993.

Observa-se portanto, a existência de diferentes níveis de governo, federal, estadual e municipal, com suas respectivas redes de serviços de saúde, atuando na AP-4, as quais até o momento de elaboração deste trabalho ainda não integravam uma rede com um comando único.

4.2 - O HOSPITAL E SUA HISTÓRIA DE TRANSFORMAÇÃO

4.2.1 - DA INAUGURAÇÃO DO SANATÓRIO AO HOSPITAL DE PNEUMOLOGIA(1951 a 1979)

O Hospital de Curicica foi inaugurado em 25 de janeiro de 1951, embora só tenha iniciado suas atividades, quase um ano depois, em 2 de janeiro de 1952, com o nome de Conjunto Sanatorial de Curicica.

Foi construído com recursos da Campanha Nacional Contra a Tuberculose(CNCT), a qual foi vinculado, sendo esta por sua vez, subordinada ao Serviço Nacional de Tuberculose(SNT), do Departamento Nacional de Saúde, do então, Ministério da Educação e Saúde. Era um hospital especializado no tratamento de tuberculose, com 1162 leitos, numa área de 343.930 m², sendo 26.000 m² de área construída. Prevvia-se o seu funcionamento para um período de dez anos, tempo este julgado então, como necessário e suficiente para a erradicação da tuberculose(15).

O Sanatório distava cerca de 45 km do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro. Sua localização se ajustava ao tipo de tratamento higiênico-dietético, preconizado na época, quando os sanatórios eram construídos em locais de maior oxigenação, geralmente em regiões serranas. Além disso, atendia à necessidade de segregação imposta pela sociedade, aos pacientes portadores de tuberculose. Julgava-se necessário o afastamento destes pacientes do convívio social, dado o receio disseminado na sociedade, estimulado pelos próprios profissionais de saúde, de contágio da doença. Neste sentido, são exemplares as recomendações/explicações do serviço social do

15 - TEIXEIRA, E. B. et al. Diagnóstico do grupo de trabalho constituído pela portaria ministerial nº 195, publicada no D.O. de 02 de maio de 1986, referente à proposta de adequação do Hospital Raphael de Paula Souza, como referência ao sistema de saúde da região Barra/Jacarepaguá, Brasília, 1986.

Sanatório, que o denominava de "*Cidadela da Esperança*". Ao justificar o tratamento sanatorial em detrimento ao ambulatorial, pelas condições que o primeiro poderia propiciar, ressaltava: "*Uma delas é a proteção dos seus: sendo uma doença altamente contagiosa é, às vezes, necessário proteger a família e o círculo de relações da infecção.*"(16)

A concepção arquitetônica do tipo pavilhonar horizontal do Sanatório, revolucionária para a época, justificava-se pela compreensão médica vigente então, de que o tratamento da tuberculose deveria propiciar aos pacientes, além de uma superalimentação, a hospitalização em locais amplos, claros, ensolarados e arejados. Existia também uma preocupação em criar um ambiente que ajudasse a evitar os conflitos comumente observados, entre os pacientes tuberculosos internados, ocasionados em parte, pelo afastamento social prolongado, imposto pelo tipo de tratamento preconizado para a doença. A hospitalização por tuberculose se caracterizava pela longa permanência. No caso de Curicica, em 1953 e 1954, com uma ocupação de 97% e 96,5% do total de seus leitos, seus pacientes tiveram 298 e 371 dias, como tempo médio de permanência(17).

Além das atribuições assistenciais, o Sanatório desenvolvia também atividades de formação e treinamento de pessoal(médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, etc.). Em 1955, foi constituído como "*Hospital-Escola*" da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, através da portaria do Serviço Nacional de Tuberculose/MS (portaria nº 12 de 9/2/1955)(18).

Indubitavelmente, o Sanatório de Curicica era no campo da tuberculose, o

16 - Publicação informativa sobre o Conjunto Sanatorial de Curicica elaborada pelo serviço social do Sanatório, sem data.

17 - CAMPOS, A.P., MELLO, G. F. Organização do Serviço de Contabilidade no Conjunto Sanatorial de Curicica - Avaliação do Rendimento e do Custo dos Serviços (1952-1954) in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos Apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações Desses Trabalhos, Rio de Janeiro, 1955.

18 - MUNIZ, E., CAMPOS, A. P. Projeto de Organização do Conjunto Sanatorial de Curicica in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos Apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações Decorrentes Desses Trabalhos, Rio de Janeiro, 1955.

principal foco das atenções do Ministério da Saúde. Foi o primeiro Sanatório diretamente subordinado à administração da Campanha.

O diretor do Serviço Nacional de Tuberculose e superintendente da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, por ocasião do seu discurso na inauguração do Sanatório, afirmava que Curicica era a *"simbolização da própria Campanha Nacional Contra a Tuberculose"*(19)

Esforços e recursos foram dispendidos visando transformá-lo no mais importante e grandioso centro de referência em tuberculose, no Brasil e na América Latina, tanto para o tratamento dos pacientes, quanto para a formação de profissionais. Já em 1954, 2 anos após sua inauguração, ao Sanatório de Curicica eram destinados cerca de 72% do total do orçamento da Campanha(20).

A política do Ministério da Saúde na época, era de incentivo a abertura de leitos hospitalares para o tratamento da tuberculose. No período de 1953/1954 existiam 19.950 leitos para tuberculose em funcionamento, em hospitais especializados e não especializados, distribuídos em todo território nacional. Deste total, 62% pertenciam às instituições oficiais: 12% aos serviços federais, 35% aos serviços estaduais, 12% aos serviços municipais e 3% aos serviços para-estatais(Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários/IAPB e Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado/IPASE). Os 38% restantes de leitos eram vinculados às instituições particulares, embora parte destas fossem subsidiadas pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose(21)(22).

19 - Discurso do Professor Raphael de Paula Souza, diretor do Serviço Nacional de Tuberculose e superintendente da Campanha Nacional contra a Tuberculose pronunciado na cerimônia de inauguração do Conjunto Sanatorial de Curicica em 25/01/51, Revista Brasileira de Tuberculose, nº 133 a 135, janeiro a junho de 1951.

Em junho de 1951, o Professor Raphael de Paula Souza pediu exoneração dos cargos que ocupava no Ministério. Posteriormente, o Sanatório de Curicica passou a ser denominado de Sanatório Raphael de Paula Souza.

20 - CALDAS, C. Sugestões para Nova Orientação da Campanha Nacional contra a Tuberculose em face dos Recentes Progressos Terapêuticos, in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/ CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos Apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações Decorrentes Desses Trabalhos, Rio de Janeiro, 1955.

21 - PERRONE, O. R. Leitos para Tuberculosos no Brasil, in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos Apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e

Havia entretanto, ainda para o referido período, uma previsão de 41.196 leitos para todo o país. Ou seja, além dos 19.950 citados, 6.871 em projeto, 9.225 em construção ou reforma e 5.150 instalados sem funcionar(23).

A construção do Sanatório de Curicica se inseriu assim, neste contexto de evidente expansão de leitos hospitalares, como política do Ministério da Saúde, para o enfrentamento da tuberculose. Foi de fato, o maior e mais importante sanatório da América Latina.

Em meados de 1955, realizou-se o Primeiro Congresso Nacional de Hospitais, conjuntamente com a Primeira Conferência de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar, organizados pelo Ministério da Saúde.

Neste Congresso, já era possível identificar no interior do próprio Ministério, um questionamento da política ministerial vigente, de privilegiar a internação como a principal forma de combate à tuberculose.

O diretor do Serviço Nacional de Tuberculose e também superintendente da Campanha Nacional Contra a Tuberculose(cargos que eram então ocupados, por uma única pessoa, a qual por sua vez, não era mais a mesma por ocasião da inauguração do Sanatório de Curicica) apontava para a necessidade de imprimir uma nova orientação para a Campanha, tendo em vista os avanços terapêuticos da época e os custos e benefícios alcançados com o tratamento sanatorial. Vale lembrar que tinham sido completados apenas 3 anos, de inauguração do Sanatório de Curicica.

Os sanatórios apresentavam um custo do leito-dia muito elevado, frente aos resultados obtidos com o seu funcionamento, no que diz respeito à cura e erradicação da tuberculose. Em particular, o de Curicica apresentava um custo do leito-dia 56%

Recomendações Desses Trabalhos, Rio de Janeiro, 1955.

22 - PERRONE,O.R. Armamento Hospitalar no Brasil, Divisão de Organização Hospitalar, Departamento Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1958. prefácio

Segundo a classificação utilizada na Lei Orgânica de Assistência Hospitalar, os serviços hospitalares eram categorizados em instituições oficiais - pertencentes ao poder público - e particulares - pertencentes a pessoas de direito privado, irmandade, fundação, grupo de acionistas, sociedade beneficente ou a um indivíduo.

23 - PERRONE, O. R. Leitos para Tuberculosos no Brasil, op. cit.

mais elevado, do que o de outros sanatórios do interior do país(24).

Utilizando ainda como exemplo o Sanatório de Curicica, no período de 1952 a 1954, foram realizadas 3.024 admissões e 1.946 saídas. Deste total, 36% a pedido, 22% por óbitos, 14% curados, e os demais 28% por outras causas, tais como: transferência, abandono, indisciplina, e não tuberculosos(pacientes com outros diagnósticos que não tuberculose)(25).

Importante destacar que apenas 14% das saídas representavam pacientes curados no Sanatório considerado na época, como o de melhor padrão da América Latina. Estes dados colocavam em questão o tipo de tratamento utilizado, além de indicar uma alta prevalência de pacientes internados que apresentavam formas da doença em estágios moderados e muito avançados(no período referido correspondiam a 86% das admissões realizadas)(26).

Outra observação a merecer destaque, refere-se ao número de pacientes desistentes do tratamento(são 36% de saídas a pedido e 10% por abandono)(27). Ou seja, quase 50% das saídas, eram na verdade por desistência dos pacientes àquele tipo de tratamento. Este fato, por sua vez, era mais um elemento a justificar o questionamento do tratamento então utilizado.

Com base neste diagnóstico, o diretor do Serviço Nacional de Tuberculose e superintendente da Campanha Nacional Contra Tuberculose afirmava que *"...os ínfimos resultados obtidos não correspondem absolutamente, às vultosíssimas somas empregadas pela Nação".*(28)

Segundo este diretor, a estratégia do Ministério da Saúde até então empregada no combate à tuberculose, privilegiava fundamentalmente,

"...as formas mais avançadas da doença, em sua maioria

24 - CALDAS, C. op.cit.

25 - CAMPOS, A. P., MELLO, G. F. op. cit

26 - CAMPOS, A. P., MELLO, G. F. op. cit.

27 - CAMPOS, A. P., MELLO, G. F. op. cit.

28 - CALDAS, C. op.cit.

de irrecuperáveis a superlotarem indefinidamente leitos caríssimos, enquanto que um grande número de tuberculosos, continua a disseminar a doença sem qualquer possibilidade de cura por falta de diagnóstico precoce e de leitos disponíveis".(29)

Tendo em vista essas considerações, propunha uma inversão de prioridades. Ao invés do Ministério investir na construção de uma extensa rede sanatorial, deveria ampliar e desenvolver a rede dispensarial. Com os avanços terapêuticos obtidos, em particular com a descoberta da isoniazida (droga de grande poder bactericida) para o tratamento da tuberculose, o dispensário deveria tornar-se o principal órgão na luta contra a doença, pela sua função de captação e acompanhamento dos doentes e comunicantes(30). É importante registrar, que a descoberta dos quimioterápicos utilizados para o tratamento da tuberculose, data da década de 40, antes mesmo da inauguração da sanatório de Curicica(31).

Além disso, propunha também, que os dispensários fossem as instâncias responsáveis exclusivamente, pela seleção e encaminhamento dos doentes para a internação.(32)

Resultado concreto destas preocupações por parte do Serviço Nacional de Tuberculose e da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, foi a normatização sobre o encaminhamento de pacientes para a internação, o qual deveria, obrigatoriamente, ser realizado pelo dispensário(portaria nº 68 de 04/05/55). Além disso, a orientação de privilegiar a internação, para os pacientes virgens de tratamento, ou para aqueles com tratamento previsto para um período menor que 30 dias e, após a melhoria do quadro, encaminhá-los para o tratamento a nível dos dispensários(Portaria nº 117 de 22/05/61)(33).

Apesar das considerações e recomendações da direção da instância do Ministério

29 - CALDAS, C. op. cit.

30 - CALDAS, C. op. cit.

31 - MS/SNPES/DNPS, A Política de Controle da Tuberculose no Brasil: do Serviço Nacional de Tuberculose à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, 1ª parte, Brasília, 1981 (a).

32 - CALDAS, C. op. cit.

33 - HIJJAR, M. A. op. cit.

da Saúde responsável pelo combate à tuberculose, ela própria reconhecia a existência na sociedade de grupos com interesses e objetivos diferentes quanto a forma de enfrentamento da doença. Por um lado, a população estigmatizava e portanto, desejava afastar seus pacientes do convívio social, por outro, uma corrente de tisiologistas queria " *dotar o País de uma rede de luxuosos sanatórios ... e pomposos Institutos de Pneumologia...* ", preconizando que a cura da doença se dava exclusivamente através do repouso ou da cirurgia. Em contraposição a esta tendência, propondo um tratamento para a doença a partir de critérios opostos aos dos tisiologistas, estavam os sanitaristas que defendiam " *...o princípio da proteção das coletividades baseado na epidemiologia da doença...* ". (34)

A partir dos dados e análise do responsável formal pelos dois órgãos ministeriais encarregados pelo combate da tuberculose no país, observava-se que no interior do próprio Ministério já se delineavam diferentes objetivos e propostas, relacionados ao combate da tuberculose e, conseqüentemente também, quanto ao destino dos sanatórios vinculados e/ou subsidiados pelo Ministério.

As mudanças se processaram muito lentamente. Em 1964, se deu no Brasil, a divulgação da experiência de Madras-Índia(35), na qual foram constatados, a igual eficácia do tratamento quimioterápico quando utilizado a nível ambulatorial e de internação, e o semelhante risco de adoecer, para os comunicantes dos pacientes tuberculosos internados e ambulatoriais. Este reconhecimento propiciou uma reformulação da política de tratamento preconizada pelo Ministério(36)(37).

A utilização dos quimioterápicos conjuntamente com os resultados obtidos com a experiência de Madras, possibilitou o estabelecimento de critérios de internação, segundo a gravidade do caso, o que resultou na diminuição do tempo médio de

34 - CALDAS, C. op. cit.

35 - Sobre a experiência de Madras, ver Tuberculosis Chemotherapy Center(Madras), Bull.Wld.Hlth., 1959.

36 - MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a).

37 - HUIJAR. M. A., op. cit.

internação dos pacientes tuberculosos(de 371 dias em 1954, para 90 dias em 1964)(38). Propiciou também a incorporação, a partir de 1965, das atividades de controle e combate à doença em todas unidades sanitárias da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública(FSESP). Criada em 1942, com a finalidade de prestar assistência médica em regiões desassistidas, atuava apenas no interior das Regiões Norte e Nordeste, o que restringia o campo de abrangência, considerado todo território nacional, das ações de controle e combate à tuberculose a nível ambulatorial(39).

As recomendações ministeriais no I Congresso de Hospitais, em 1955, relativas ao desestímulo a abertura de novos leitos e ao tratamento em regime de internação para tuberculose, reforçadas inclusive, em 1964, pelo reconhecimento no país, da igual eficácia do tratamento da tuberculose, a nível ambulatorial e de internação, pouco impacto tiveram na realidade. Em 1973, o Ministério registrava 24.045 leitos para tuberculose no país, quando em 1954 havia 19.950 leitos, ou seja, no período de 1954 a 1973 houve na realidade, uma expansão de leitos. Mesmo considerando que este aumento não era o previsto em 1954, quando então estimava-se intalar e colocar em operação, 41.196 leitos. Havia entretanto uma importante diferença na distribuição dos leitos, entre o setor público e privado nos dois anos considerados. Dos 24.045 leitos em 1973, apenas 5.000 ou 21% dos leitos eram públicos, os demais pertenciam à rede privada; tendência inversa daquela apresentada em 1954, quando 62% dos leitos existentes eram públicos(40).

Em junho de 1971, foi criada a Central de Medicamentos(CEME) que passou a ser responsável pelo abastecimento de drogas, dos órgãos de saúde. Particularmente em 1972, começou a produzir os quimioterápicos utilizados no tratamento da tuberculose, o que propiciou a intensificação do tratamento da doença através da distribuição

38 - MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a)

39 - HIJJAR, M. A., op. cit.

40 - Entrevista realizada com o Dr Germano Gerhardt, diretor da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, publicada em TEMA/RADIS/ENSP/FIOCRUZ, RJ, dezembro de 1982.

abrangente e gratuita daqueles medicamentos(41)

Em 1973, foi implantada a vacinação contra a tuberculose(BCG intradérmica) para todo o país, com caráter de campanha, buscando vacinar prioritariamente 80% da população de 0 a 14 anos num período de 5 anos(42).

Em 1976, o Serviço Nacional de Tuberculose que já havia sido transformado em Divisão Nacional de Tuberculose em 1970, ampliou seus objetivos, e passou a denominar-se Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária(DNPS), numa perspectiva de tornar mais abrangente seu campo de atuação, para outras pneumopatias de interesse para o Ministério(43).

A Divisão recomendava um desestímulo às internações por tuberculose e um consequente reaproveitamento dos leitos hospitalares existentes para outras pneumopatias. Além disso, apontava para uma progressiva redução do número de leitos existentes. Determinava explicitamente em suas normas que o tratamento de pacientes portadores de tuberculose deveria ser realizado a nível ambulatorial, sendo a internação indicada apenas para algumas situações identificadas naquelas normas(44).

No entanto, passados vinte e quatro anos das primeiras recomendações ministeriais para destimular a internação de pacientes tuberculosos(Congresso de 1955), quinze anos do reconhecimento científico da igual eficácia do tratamento a nível ambulatorial e de internação(divulgação em 1964 da experiência de Madras), sete anos de distribuição gratuita pelo Ministério dos medicamentos utilizados no tratamento da doença(1972), e seis anos da aplicação em massa na população, da vacina contra a tuberculose(1973), somente em 1979, 3 anos após a constituição da DNPS, os sanatórios vinculados ao

41 - MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a).

42 - A vacina BCG (bacilo de Calmette e Guérin) começou a ser desenvolvida em 1921, por pesquisadores franceses, os quais deram nome à vacina.

No período de 1970 a 1973, utilizava-se no país a vacina aplicada por via oral.

Ver entrevista realizada com o Dr Germano Gerhardt, diretor da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, publicada em TEMA/RADIS/ENSP/FIOCRUZ, RJ, dezembro de 1982.

Ver MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a).

43 - MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a).

44 - HUIJAR, M. A., op. cit.

Ministério, foram transformados em hospitais de pneumologia, e os dispensários, em Centros de Pneumologia Sanitária, ampliando assim, suas atividades.

O quadro epidemiológico da população havia se modificado em parte pela própria utilização dos quimioterápicos. Outras patologias pulmonares, além da tuberculose, apareciam como sendo de interesse epidemiológico para o Ministério, fazendo com que fossem incorporadas como objetos de atenção e intervenção nos antigos Sanatórios do MS, agora hospitais de pneumologia. Aliás, como já recomendava a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária desde 1976(45).

Embora o Sanatório de Curicica já viesse reduzindo paulatinamente seu número de leitos, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, ou seja, já evidenciasse sinais de adaptação tendo em vista o contexto externo, foi somente em 1979, que efetivamente ocorreu a primeira alteração no perfil assistencial e, conseqüentemente, nos objetivos organizacionais do Hospital. Assim, de um Sanatório destinado para o tratamento da tuberculose, passou a ser um Hospital de pneumologia, destinado ao tratamento das pneumopatias, dentre elas a tuberculose.

A primeira modificação em seu perfil assistencial foi assim determinada, pelo avanço científico alcançado no campo da tuberculose e pela correlação de forças favoráveis, as quais possibilitaram que prevalecesse no interior do Ministério, as proposições de determinados grupos de interesse - aqueles que advogavam o tratamento ambulatorial em detrimento à internação, para o tratamento da tuberculose.

O Sanatório de Curicica funcionou durante vinte e sete anos, exclusivamente, para o tratamento de pacientes portadores de tuberculose. Constituiu-se em referência nacional, no campo da fisiologia e da cirurgia torácica, tanto para o tratamento, quanto para a formação de recursos humanos nestas áreas.

45 - MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a).

4.2.2 - DO HOSPITAL DE PNEUMOLOGIA AO HOSPITAL DE CLÍNICAS BÁSICAS (1980 a 1989)

Em 1980, a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde(SNPES), instância do Ministério da Saúde então responsável pela sua rede de serviços, decidiu investir no desenvolvimento da rede de serviços básicos, em consonância com as diretrizes emanadas na 7ª Conferência Nacional de Saúde(46).

Os recursos, até então utilizados na rede hospitalar deveriam ser remanejados para a aquisição de drogas mais eficazes no tratamento da tuberculose e para o aprimoramento da rede de serviços básicos existente. No campo da pneumologia sanitária, as ações de combate e controle da tuberculose deveriam ser desenvolvidas na rede de serviços existente, das diferentes esferas governamentais, em todos os níveis de complexidade, das unidades mais simples às mais complexas(47).

Foi entretanto, somente a partir do convênio entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde, com a interveniência do Ministério, em final de 1980, que se deu a transferência das ações de combate à tuberculose para as Secretarias, desencadeando-se assim, um processo acelerado de redução de leitos. Ao final de 1981, o Ministério registrava 5.216 leitos, o que representava uma redução de 78,3%, quando comparado

46 - Com a aprovação da Lei 6229 em 1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, foi proposta a extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde, através da universalização do atendimento e da constituição de uma rede de serviços organizados em níveis de complexidade crescente, integrando as diferentes esferas governamentais. Esta política foi explicitada e ratificada como política ministerial na 7ª Conferência Nacional de Saúde.

Segundo documento do Ministério da Saúde elaborado para a Conferência, entende-se como serviços básicos de saúde, o conjunto integrado de serviços prestados às pessoas, às comunidades e à melhoria do ambiente necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções mais comuns e à reabilitação básica de suas consequências.

A universalização do atendimento pressupunha o atendimento a quaisquer segmentos da população independentemente da existência ou não de vínculo empregatício.

Ver MINISTÉRIO DA SAÚDE, Proposição de Diretrizes: Uma Contribuição do Ministério da Saúde(versão preliminar), documento elaborado para a 7ª Conferência Nacional de Saúde, mimeo, s/data.

47 - MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE, Diretrizes e Linhas de Ação da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Brasília, 1980.

com o número de leitos em 1973(24.045 leitos)(48).

Em 1981, em continuidade à política de regionalização e integração dos serviços, preconizada pelo Ministério a partir da 7ª CNS, foi estabelecida uma co-gestão entre o MS e o INAMPS/MPAS, compreendida como mais um instrumento potencializador daquela política(49). Com esta medida, foi viabilizada a reativação da Campanha, a qual permitiu aportar recursos financeiros aos hospitais do MS, promovendo sua recuperação. Possibilitou inclusive, dentre outras medidas, a contratação de recursos humanos. Estes hospitais passaram a ser administrados e mantidos pelos dois ministérios, o da Saúde e o da Previdência e Assistência Social(50). Concomitantemente, colocava-se em discussão o papel destes hospitais na rede.

Em dezembro de 1981, foi realizado o I Encontro para a Integração Regionalizada das Instituições Públicas de Saúde da AP-4, que contou com a participação de representantes das unidades de saúde dos níveis municipal, estadual e federal, além de entidades da população organizada da área. Este Encontro, constituiu-se no marco inicial do processo de regionalização dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

O processo de regionalização da AP-4 teve na época, uma importância particular pois se caracterizou como uma experiência pioneira no município do Rio de Janeiro e, até mesmo, do país como um todo. Vários esforços haviam sido realizados desde a aprovação da Lei 6.229, em 1975, tendo em vista a regionalização dos serviços de saúde. No entanto, a maior parte das experiências ocorreu em regiões do interior do país. O processo de regionalização da AP-4 acontecia num contexto diferente, pois a AP estava inserida numa área metropolitana que, do ponto de vista da rede de serviços

48 - MS/SNPES/DNPS, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, convênio INAMPS/SES/MS, Avaliação de atividades realizadas em 1981, anexo nº 18 in Relatório DNPS/SNPES/MS, anexos, 2ª parte, 1981 (b).

49 - A co-gestão foi um mecanismo estabelecido entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social(MPAS) então existente, que permitia o repasse de recursos financeiros do INAMPS/MPAS, para as unidades prestadoras de serviços do MS, as quais passaram a ser geridas por uma instância colegiada com representantes dos dois ministérios.

50 - MS/SNPES/DNPS, op. cit. (a).

de saúde, apresentava grande complexidade institucional, quer pela atuação simultânea de várias unidades de saúde pertencentes aos três níveis de governo, quer pela própria complexidade tecnológica do atendimento prestado nestes serviços. Tais características conferiam particular complexidade àquele processo(51).

Neste Encontro, estabeleceu-se como objetivo para a rede de serviços da AP-4, ampliar e estimular as atividades nas áreas materno-infantil, saúde mental, pneumologia sanitária, odontologia e vigilância epidemiológica(52).

Foi também aprovada a criação de um Grupo Executivo Local(GEL), composto por técnicos das unidades de saúde e representantes da comunidade local. Sua função seria de operacionalizar a regionalização e a integração dos serviços da área(53). O GEL deveria constituir-se na instância regional de gestão da rede local, diretamente subordinado à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/CIMS(54).

A partir de então, sucessivas reuniões foram realizadas pelo GEL na área. A partir das prioridades definidas no Encontro, o GEL elaborou um *"Diagnóstico Preliminar da Saúde da AP-4"*, identificando a oferta e as necessidades de serviços existentes e apontando propostas gerais para a regionalização. Em linhas gerais, propunha para a AP-4, o remanejamento de leitos de longa para curta permanência e uma descentralização técnica, administrativa e financeira dos serviços. Recomendava também, aumentar a eficiência a nível ambulatorial e de internação e, posteriormente,

51 - CHORNY, A. H. et al, Contribuição para o Processo de Integração e Hierarquização dos Serviços Públicos de Saúde na Região Barra- Jacarepagua - AP-4, RJ, 1982 (a).

52 - CHORNY, A. H. et al, Consolidado de Documentos Produzidos pelo Convênio UERJ/IMS - CNCT/SNPES, Curicica, RJ, 1982 (b).

53 - CHORNY, A. H. et al, op. cit.(b)

54 - A CIMS era a instância de planejamento, gestão e acompanhamento das Ações Integradas de Saúde(AIS) a nível municipal. Era integrada por representantes das instituições convenentes, da SMS, de entidades comunitárias, sindicais e representantes da população local.

As AIS materializam então, a estratégia da Política de Saúde do Ministério da Saúde que visava a integração entre as instituições públicas federais, estaduais e municipais.

O GEL era a estrutura política-administrativa, especialmente criada, para gerir a rede local de serviços de saúde de cada AP, no município do Rio de Janeiro. Não integrava portanto, a estrutura formal das AIS; foi na verdade, uma particularidade do processo de integração e regionalização dos serviços de saúde naquele município, devido a complexidade já mencionada de sua rede.

se necessário, ampliar a capacidade instalada. Destacava a necessidade de realizar um estudo mais aprofundado sobre a demanda e oferta de serviços de emergência (55).

Foram constituídos grupos de trabalho no próprio GEL, nas áreas materno-infantil, de emergência, de patologia clínica, de educação e saúde e de saúde oral, pois estas constituíam-se, nas áreas consideradas pelo GEL merecedoras de intervenção imediata.

As recomendações deste Encontro foram aprovadas pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde(SNPES) e incorporadas às diretrizes do Hospital de Curicica(56).

Ao Hospital de Curicica caberia desenvolver atividades de atenção primária, em relação às clínicas básicas, e terciária, em relação à pneumologia(57).

Assim, o Hospital de Curicica, sofreu novamente modificações no seu perfil assistencial. Desta vez, de forma mais marcante. Incorporou às suas atividades ambulatoriais, as especialidades de clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e cardiologia, além da tisiopneumologia, já existente. A nível da internação, destinou 170 leitos dos 400 então existentes, para as clínicas médica e pediátrica. Os 230 leitos restantes permaneciam sendo em tisiopneumologia e cirurgia torácica.

A proposição do Ministério era que o Hospital se transformasse num hospital de clínicas básicas com especialização em tisiopneumologia; nestas duas especialidades, deveria constituir-se em referência para o estado(58). Além de ser uma proposição ministerial, esta era também a proposta do conjunto de diretores das unidades de saúde da Área de Planejamento da Barra e Jacarepaguá (AP-4), a qual pertencia o Hospital de Curicica, e da comunidade local.

A rigor, antes mesmo da iniciativa do Ministério e do referido Encontro, já havia na AP-4, uma mobilização e articulação dos serviços de saúde e da população da área,

55 - CHORNY, A. H. et al, op.cit.(a)

56 - CHORNY, A. H. et al, op. cit.(b)

57 - CHORNY, A. H. et al, op. cit.(b)

58 - CHORNY, A. H. et al, op. cit.(a)

buscando viabilizar a regionalização e integração daquela rede de serviços. A população local, desde 1980, vinha discutindo seus problemas de saúde quando então foi realizado na Cidade de Deus, um dos bairros da AP-4, o I Encontro Popular pela Saúde. Era assim um processo antecedente e em curso, em relação à proposta ministerial e da rede de serviços local(59).

Iniciou-se assim, a segunda modificação nos objetivos do Hospital de Curicica. Até então, caracterizado como um hospital de pneumologia, começou então a conformar-se e a ser considerado, como um hospital de clínicas básicas.

Em 1982, o Hospital de Curicica através de um convênio com o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), elaborou um projeto de reorganização e ampliação de seu serviço ambulatorial e da área de internação, tendo como base as recomendações do Encontro da AP-4 e o diagnóstico de saúde da área elaborado pelo GEL(60).

Houve então, uma ampliação do espaço físico e da abrangência da atenção prestada pelo ambulatório, que além das especialidades existentes, incorporou as especialidades de cirurgia geral e de otorrinolaringologia, nas atividades que desenvolvia. O ambulatório de acordo com o projeto, também deveria desenvolver os Programas Primários de Saúde e transformar-se na principal porta de entrada para a internação no Hospital, fator considerado estratégico para a sua transformação em hospital geral. Permanecia a intenção do Hospital constituir-se num centro de referência em tisiopneumologia, nos diferentes níveis de complexidade(61).

A nível da internação, havia um projeto de ampliação do número de leitos da clínica médica e abertura de leitos na obstetrícia(62).

59 - ESCOREL, SARA (coordenadora), Avaliação Comparativa do Processo de Implantação e Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) - Estado do Rio de Janeiro, 2º relatório de pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais da Saúde/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, RJ,1990.

60 - CHORNY, A. H. et al, op.cit.(b)

61 - CHORNY, A. H. et al, op.cit.(b)

62 - CHORNY, A. H. et al, op.cit.(a)

Assim, no período de 1981 e 1982, foi dado um importante passo no processo de transformação do perfil do Hospital, e que contava com o apoio mais abrangente até então, considerando os diferentes participantes deste processo - a direção do hospital, o GEL da AP-4 (representantes dos serviços e da comunidade), e o nível federal (MS e INAMPS). As Secretarias Estadual e Municipal estavam representadas pelas direções das unidades da AP a elas vinculadas.

Em 1984, ocorreu o II Encontro de Dirigentes de Unidades Hospitalares do Ministério da Saúde e o IV Encontro de Planejamento Hospitalar da SNPES. Dentre os temas discutidos estavam a participação dos hospitais do Ministério, no processo de regionalização e integração interinstitucional, e como decorrência, a identificação das necessidades de futuras alterações no perfil e no desempenho destes hospitais(63).

A repercussão das intenções ministeriais não era na realidade observada na rede de serviços da AP-4, segundo o GEL da área. Em relatório de dezembro de 1984, o GEL diagnosticava que o processo de integração regional sofria dificuldades. Dentre elas, *"o pouco apoio recebido das Instituições Governamentais"*. Este relatório apresentava como novidade em relação aos diagnósticos e relatórios anteriores, a proposta de implantação de um serviço de obstetrícia, de complexidade de 1º nível, no Hospital de Curicica, a fim de minimizar as necessidades já identificadas no campo materno-infantil na AP-4(64)(65). A AP-4 apresentava em janeiro de 1980, a segunda maior taxa de mortalidade materna no Rio de Janeiro e não havia até então, nenhum leito público da área materno-infantil na AP-4(66).

63 - MS/SNPES/DIVISÃO DE PLANEJAMENTO, Programação para o IV Encontro de Planejamento Hospitalar e II Encontro de Dirigentes de Unidades Hospitalares do Ministério da Saúde, RJ, 25 a 27 de setembro de 1984.

64 - GEL-CEAP-4, relatório de reunião de 15/12/1984, mimeo, RJ, 1984.

65 - Na verdade, desde 1980, o atendimento de obstetrícia e de emergência na AP-4 vinha sendo objeto de atenção. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro já identificava uma carência de leitos nestas especialidades. Propunha como solução, a implantação de uma Unidade Médica Integrada na Barra da Tijuca, a fim de suprir não somente os leitos obstétricos e de emergência para toda a AP, mas também os leitos gerais cuja oferta, na época, era nula naquele bairro.

Ver SMS-RJ, Projeto de Implantação de uma Unidade Médico Integrada elaborado pelo grupo de trabalho das Secretarias Municipais de Saúde, Obras e Serviços Públicos e Planejamento, RJ, 1980.

66 - Ver Dalcomo, Margareth, "De Sanatório à Hospital Geral: a História de Curicica", matéria publicada em revista de âmbito hospitalar, ano I, nº1, RJ, maio de 1988. Esta era então, a diretora do HRPS.

Estas proposições foram também assumidas pela entidade representativa da população da área, o Conselho Zonal Barra-Jacarepaguá da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro-FAMERJ(67).

A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CIMS) propunha que cada AP, constituísse uma rede capaz de responder às necessidades de atendimento nas clínicas básicas, e em algumas especialidades secundárias de maior demanda. Portanto, a política ministerial veiculada através da CIMS continuava consonante com as proposta do GEL da AP-4(68).

No entanto, havia uma defasagem entre as intenções explicitadas nas instâncias gestoras das AIS e a realidade. Apesar do níveis local(as unidades) e regional(GEL) definirem diretrizes e estratégias, tendo em vista o funcionamento da rede local, pouco poder de implementação tinham de fato, e se ressentiam como já assinalado, da insuficiente vontade política do nível central.

As decisões tomadas pelo GEL pouco impacto tinham na realidade, como ele próprio reconhecia. Decidir sobre qualquer coisa, sem ter poder sobre a utilização dos recursos financeiros necessários para viabilizar e implementar a decisão, de pouco adiantava. Não que apenas os recursos financeiros fossem suficientes para assegurar a implementação das decisões, mas certamente eram condição necessária. Desta forma, o GEL se ressentia de não ter autonomia suficiente para poder implementar as decisões necessárias ao processo de integração e regionalização da rede de serviços da AP-4. Consequentemente, o Hospital de Curicica como um integrante desta rede, sofria as repercussões desta defasagem. Sem a liberação dos recursos necessários por parte do Ministério, não era possível para o Hospital, abrir um serviço de obstetrícia.

Aparentemente, não havia discordância quanto aos objetivos definidos para a rede da AP e para o Hospital, considerando-se o GEL e o nível central. No entanto, os

67 - CONSELHO ZONAL BARRA-JACAREPAGUÁ, documento encaminhado às Associações de Moradores, RJ, março de 1985.

68 - CIMS/RJ. Diretrizes Gerais para as Ações Integradas de Saúde no Município do Rio de Janeiro, novembro de 1984.

objetivos oficiais, aqueles formalmente declarados nas instâncias gestoras da política de saúde vigente -as AIS - não representavam o que de fato acontecia na realidade da AP-4.

Novamente em 1985, o GEL, em documento encaminhado à Comissão Interinstitucional de Saúde do Rio de Janeiro (CIS)(69), reiterou as insuficiências dos serviços da AP-4, a precariedade do atendimento de emergência e a inexistência de leitos públicos em obstetrícia. Dentre as medidas apresentadas, propunha que o Hospital de Curicica deveria ser um hospital de clínicas básicas, implantando um serviço de obstetrícia a curto prazo, e constituindo-se em retaguarda de internação para os serviços de urgência, emergência e ambulatoriais da AP-4(70).

Desde 1979, mais enfaticamente a partir da co-gestão com o INAMPS em 1981, que estava proposta a transformação do Hospital de Curicica num hospital geral. Intenção aparentemente consensual entre os diferentes interessados no processo - desde o Ministério e INAMPS, até representantes dos serviços e da população da AP-4. No entanto, durante o período de 1983 a 1985, muitas dificuldades se apresentaram, de ordem política e administrativa, retardando o processo de transformação do Hospital. Esta situação ocasionou um esvaziamento da unidade, quer pela progressiva desativação de leitos, dada a impossibilidade de operá-los pela insuficiência de recursos, quer pelo descrédito, frustração e desestímulo disseminados entre seus funcionários, quer pela perda gradativa de seu prestígio enquanto uma instituição de referência no campo da assistência e ensino. O Hospital de Curicica como já assinalado, havia sido inclusive, o maior e melhor centro de tratamento e ensino no campo da fisiologia da América Latina(71), e a situação atual experimentada pelo Hospital, era exatamente o contrário daquela do passado.

69 - A CIS era uma das instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento das AIS a nível estadual. Era integrada pelos secretário estadual de saúde, superintendente regional do INAMPS, representantes do MS e do MEC.

70 - GEL AP-4, Documento encaminhado à CIS -RJ em janeiro de 1985.

71 - Matéria publicada no JORNAL AP-4, "Curicica: da Tuberculose para Hospital Geral", abaixo assinado, ano 1, nº 2, RJ, outubro de 1989.

O auge desta crise aconteceu em 1985, quando até mesmo a possibilidade de fechamento do Hospital estava colocada como uma ameaça. Houve, naquele momento, uma mobilização de funcionários e da população a fim de garantir a continuidade do processo de transformação do hospital.

Ainda em dezembro de 1985, o GEL da AP-4 elaborou mais um diagnóstico e proposições para a AP, consubstanciados no Plano Diretor da AP-4, para 1986. Este Plano, na sua elaboração, contou com a participação da Secretaria de Planejamento da Superintendência Regional do INAMPS, Coordenação do INAMPS na AP, e dos diretores das Unidades de Saúde da área.(72)

De acordo com o referido Plano, a rede de serviços da AP-4 era inadequada às necessidades de serviços da região. Esta situação agravava-se cada vez mais, tendo em vista que as instituições responsáveis pela rede não respondiam, satisfatoriamente, às suas demandas. Dentre os problemas identificados, o Plano apontava que apesar da AP-4 apresentar o maior índice de mortalidade infantil do município, não dispunha ainda de leitos públicos em obstetrícia. Reiterava a precariedade do atendimento de urgência e a insuficiência de leitos de curta permanência. A rigor, estas demandas já vinham sendo exaustivamente colocadas pelo GEL desde sua criação(73).

O Plano propunha várias adaptações nas unidades da área. Para o Hospital de Curicica previa a reativação de leitos, para destiná-los às clínicas básicas. Em especial, para a área de obstetrícia, apresentava um projeto para implantação de uma maternidade, funcionando inicialmente com 40 leitos, que prestasse assistência clínica-obstétrica às gestantes e puérperas, de 1º e 2º nível de complexidade, e assistência ao parto, de 1º nível de complexidade. Previa também, a implantação de uma Unidade de Apoio para traumatologia-ortopedia e neurocirurgia, para atendimento de toda a AP(74).

Tendo em vista as proposições deste Plano, em 1986, a direção do Hospital,

72 - MPAS/MS/SESH/SMS/SEDS/CEAP, Plano Diretor AP-4 1986, RJ, 1985.

73 - MPAS/MS/SESH/SMS/SEDS/CEAP, op.cit.

74 - MPAS/MS/SESH/SMS/SEDS/CEAP, op.cit.

propôs ao Ministério da Saúde, a construção de um novo hospital. A partir de um diagnóstico realizado por uma equipe de técnicos do próprio Ministério e do Hospital, foi caracterizada a deterioração de sua estrutura física em funcionamento há 34 anos, sem manutenção regular. Além disso, seu espaço físico e fluxos foram considerados inadequados para o novo perfil do Hospital(75). No entanto, este projeto não foi adiante, dada a alegação do Ministério sobre a impossibilidade de financiamento para a construção de um novo hospital.

Inviabilizado o novo hospital, a direção do Hospital deu continuidade às negociações tendo em vista a abertura da maternidade. Finalmente, no final de 1986, este serviço foi inaugurado com 40 leitos de obstetrícia e 12 de neonatologia. Um grande investimento foi realizado pelo Ministério que propiciou a recuperação e adequação da estrutura física e a contratação de recursos humanos, necessários ao funcionamento da maternidade. Sua implantação contava com o apoio da rede de serviços e da população da AP-4.

Além de responder às demandas e necessidades da área, do ponto de vista do Hospital, esta foi sem dúvida, a medida mais significativa para efetivamente modificar o seu perfil. Sendo o leito obstétrico o de maior rotatividade dentre os leitos das clínicas básicas(pelo potencial de um baixo tempo de permanência e de uma alta taxa de ocupação), tenderia a imprimir ao Hospital como um todo, um novo impulso para definitivamente caracterizar-se como um hospital geral(76). Este serviço veio a constituir-se em referência, para o 1º e 2º níveis de complexidade, para todo o município do Rio de Janeiro.

Em 1987, foi realizado o 2º Encontro Popular de Saúde Barra/Jacarepaguá, envolvendo as entidades representativas da população e dos serviços da AP-4. Segundo

75 - TEIXEIRA, E. B. et al. op. cit.

76 - Até então, o Hospital além dos leitos de tisiologia, tinha leitos em cirurgia torácica e clínica médica e pediátrica, os quais não imprimiam ao Hospital, a agilidade e rotatividade que necessariamente o atendimento obstétrico e neonatal ocasionariam, por lidar com pacientes que necessitam de uma intervenção ágil e/ou que se apresentam com um quadro nosológico agudo.

o relatório final do Encontro, apesar da abertura da maternidade de Curicica ter sido considerada um avanço, pouca alteração havia, até então, no quadro das outras insuficiências detectadas na rede. Continuava a demanda por uma maior oferta e resolutividade do atendimento de emergência, e pela consolidação do Hospital de Curicica como um hospital geral(77).

O GEL da AP-4, em 1988, reelaborou então, outro Plano Diretor da AP-4, sendo agora referente ao período de 1988-1989. Este Plano apresentava os dados epidemiológicos relativos à mortalidade na AP-4 ocorrida no ano de 1984(78). O quadro de mortalidade da AP ressaltava a necessidade de uma maternidade(em parte já resolvida com a abertura deste serviço no Hospital de Curicica, a partir de 1986), e de um serviço de emergência, o qual até então, embora constasse de inúmeras propostas elaboradas pelo GEL, nenhum encaminhamento mais concreto havia sido dado.

Resumidamente, do ponto de vista da mortalidade geral na AP-4, as denominadas "*Lesões e Envenenamentos*"(causas externas) e as "*Afecções do Período Perinatal*", apareciam como a terceira e a quinta causas de morte, respectivamente na AP. Observando-se a mortalidade por faixa etária, considerando-se a faixa de etária de 0 a 1 ano(denominada de mortalidade infantil), as doenças perinatais constituíam-se na primeira causa de morte em toda a AP. Na faixa etária de 1 a 4 anos, as causas externas ocupavam a segunda e a quarta causas de morte, respectivamente, na Barra e em Jacarepagua. Na faixa etária de 5 a 29 anos, as causas externas apareciam como a primeira causa de morte nos dois bairros da AP. Por último, na faixa etária de 30 a 49 anos, as causas externas constituíam-se na primeira e na segunda causas de morte respectivamente na Barra e em Jacarepagua(79).

Os dados epidemiológicos da AP-4 relativos a 1984, eram a evidência

77 - GEL-CEAP-4, Relatório Final do 2º Encontro Popular de Saúde Barra/Jacarepaguá, RJ, junho de 1987.

78 - De acordo com o Plano, os dados originaram-se da Divisão de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

79 - GEL CEAP-4, op.cit.(a)

inquestionável da necessidade de leitos materno-infantis e de emergência na área. Apesar da inexistência de dados mais recentes de mortalidade apresentados no Plano, era esperado que a maternidade de Curicica tivesse propiciado alguma alteração no quadro de mortalidade infantil, considerando as afecções do período perinatal, da AP; já com relação à mortalidade por causas externas, como nenhum atendimento de emergência fora implantado no período de 1984 a 1988, supunha-se que não tivesse havido modificação favorável, do quadro apresentado em 1984.

O Plano propunha então, para o Hospital de Curicica, a incorporação de novos serviços. A instalação de 30 Leitos em doenças infecciosas e parasitárias, 30 leitos ortopédicos , uma UTI com 10 leitos, e uma unidade intermediária com 10 leitos. Deveria também, constituir-se no polo de emergência para a AP e para tanto, implantar um serviço de emergência(80).

O Plano apresentava também, um modelo de gerenciamento para a rede da AP-4 . Os serviços deveriam estar organizados em níveis hierarquizados de complexidade, sendo o de maior complexidade o nível hospitalar, composto pelo Hospital Geral de Jacarepaguá, Hospital de Curicica e o futuro Hospital Municipal Lourenço Jorge, na época, um projeto da SMS. Sendo que este último, deveria ter seu perfil inicial revisto, já que pelo Plano Diretor a emergência da área estaria localizada no Hospital de Curicica e não, no novo hospital, como previsto no projeto da Secretaria. A rede de serviços da AP-4 deveria estar subordinada ao Distrito Sanitário da AP-4 e o Distrito, por sua vez, subordinado à gerência do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS-RJ)(81).

No final de 1989, a direção do Hospital respaldada pelo GEL e pelo próprio Ministério, iniciou as obras no Hospital de Curicica, com recursos do Ministério, para

80 - GEL CEAP-4, op.cit.(a)

81 - GEL CEAP-4, op.cit.(a)

Os Sistema Unificados Descentralizados de Saúde(SUDS) criados em 1987, foram mais um importante passo no processo de descentralização e regionalização dos serviços de saúde. A constituição dos Distritos Sanitários era uma alternativa de estruturação funcional do Sistema e de organização da rede de serviços de saúde local.

implantação do serviço de emergência. Uma nova e importante modificação de perfil assistencial se colocava. O Hospital de Curicica deveria constituir-se num hospital geral com emergência, referência na AP, para o atendimento das emergências. Tal proposta implicava necessariamente, numa reestruturação de todo complexo hospitalar para que a emergência pudesse funcionar adequadamente.

Vários projetos foram elaborados, não apenas o da emergência, como também o de outros serviços hospitalares inexistentes até então, prevendo uma ampliação e complexificação do Hospital, necessárias ao funcionamento da emergência. Prevvia-se a implantação dos seguintes serviços: doenças infecciosas e parasitárias, neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, centro de terapia intensiva de adultos e infantil, unidades intermediárias e unidade de diálise peritoneal. Além disso, a maternidade, o serviço de internação, o ambulatório, alguns serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, assim como os de apoio administrativo, deveriam ser ampliados e ajustados ao novo perfil que se delineava. Estes projetos tiveram como base, o Plano Diretor do Hospital para o ano de 1990(82) e constam do Plano de Aplicação de Recursos do Hospital para 1990(83). A elaboração destes projetos, possivelmente mobilizou boa parte dos funcionários, aqueles que teriam seus serviços reestruturados, aqueles que seriam responsáveis pelos novos serviços e até mesmo aqueles que a princípio não sofreriam modificações mais significativas. A existência de um serviço de emergência traria indubitavelmente, em graus diferenciados, alterações em todos os outros serviços no Hospital.

82 - Matéria publicada no jornal O GLOBO, "Curicica não tem verba para acabar o Hospital", RJ, 15 de março de 1990.

83 - HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA, Plano de Aplicação para 1990.

Foram elaborados os documentos, "Propostas da Coordenadoria de Pacientes Internos e dos serviços a ela subordinados para 1990" e "Proposta de Funcionamento do Ambulatório para 1990" respectivamente, pela Coordenadoria de Pacientes Internos e pela chefia do Ambulatório, os quais foram encaminhados à direção do Hospital de Curicica.

4.2.3 - DO INÍCIO DA CRISE À SITUAÇÃO ATUAL (1990 a 1993)

Alguns meses depois do início das obras da emergência, já em 1990, as mesmas foram paralisadas por insuficiência de recursos financeiros. Segundo a direção do Hospital na época, nos quatro meses de obras apenas 30% do projeto havia sido executado(84).

Concomitantemente, o Hospital enfrentava outra séria dificuldade. A reforma administrativa realizada pelo governo federal recém-empossado, reduziu o quadro então existente, do funcionalismo público federal, através da demissão ou da colocação em disponibilidade, de um grande número de servidores. Atingiu indiscriminadamente, os diferentes setores da administração pública federal, independentemente de suas necessidades e/ou particularidades ocasionando, assim, algumas distorções.

Em particular, para o Hospital de Curicica, a referida reforma trouxe sérias consequências. Foram demitidos vários médicos e auxiliares de enfermagem, o que determinou a redução de imediato, de cerca de 50% da capacidade operacional da maternidade (antes da reforma funcionava com 38 leitos e depois com 20). Além disso, ocasionou prejuízos no funcionamento de outros serviços(85).

Ainda naquele momento, a direção do hospital foi exonerada pelo Ministério da Saúde. Aliás, as direções de todos os hospitais públicos pertencentes ao nível federal, estavam sendo simultaneamente exoneradas.

Assumiu então, uma nova direção no hospital, que tendo em vista a impossibilidade de negociação com o nível federal, tentou negociar junto às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, recursos que viabilizassem a finalização das obras da

84 - Matéria publicada no jornal O GLOBO, "Curicica não tem verba para acabar o Hospital", RJ, 15 de março de 1990.

85 - Matéria publicada no JORNAL DO BRASIL, "Curicica protesta contra dispensas", RJ, 27 de junho de 1990.

Segundo a matéria do jornal, foram demitidos do Hospital 30 funcionários, dos quais 21 eram médicos. Destes, 9 eram obstetras, 7 pediatras e 1 anestesiológico, todos lotados na maternidade.

emergência, além da adequação de outros serviços hospitalares (nutrição, lavanderia, etc.) necessários à dinâmica de uma emergência com o porte proposto.

Era um momento difícil para qualquer negociação que envolvesse recursos e compromissos futuros com a rede de serviços de saúde do nível federal. O processo de municipalização da saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde(SUS)(86) particularmente, no município do Rio de Janeiro, se encontrava bastante defasado, quando comparado com o de outros municípios do país. A rede de serviços de saúde do nível federal(pertencente ao MS e ao ex-INAMPS), no município do Rio de Janeiro, se constituía na maior e mais complexa do país. O município vinha resistindo à incorporação desta rede, alegando insuficiência de recursos para arcar com as suas despesas.

Assumir portanto, qualquer compromisso com o Hospital de Curicica neste contexto, era visto com bastante cautela por parte do município. De fato, a municipalização no Município do Rio de Janeiro nem havia começado e seu futuro era ainda muito obscuro.

Por sua vez, o Ministério se ausentou consideravelmente da formulação e implementação do processo de transformação do perfil assistencial do Hospital. Segundo a direção do Hospital, este padecia de uma certa orfandade. Aliás, situação vivenciada por toda a rede de serviços públicos federais naquele momento.

De maneira geral, as Secretarias Municipais ganhavam importância particular para a totalidade da rede de serviços de saúde, dado que a descentralização com direção única, em cada esfera de governo(uma das diretrizes preconizadas pelo SUS), tinha como alternativa a reorganização da rede de serviços, em torno do poder municipal.

Embora a princípio, a SMS tenha tido alguma receptividade para ao menos avaliar o projeto de abertura da emergência no Hospital de Curicica, decidiu enfim, optar pelo

86 - A municipalização era e é uma tendência colocada de reorganização da rede de serviços de saúde. Os serviços vinculados ao nível estadual e federal, com alguma exceções, seriam repassados para o nível municipal, constituindo-se assim, o comando único para toda a rede de serviços de saúde.

seu antigo projeto, de construir o Hospital Municipal Lourenço Jorge, localizado na Barra da Tijuca, como o polo de emergência para a AP-4.

A SMS propunha no entanto, para o Hospital de Curicica a rediscussão de seu perfil com a reativação progressiva de alguns setores. Ampliar a capacidade operacional da maternidade para 60 leitos e adequar seus serviços para atender às demandas que seriam geradas com a inauguração do novo hospital, especialmente complementando os atendimentos clínicos e cirúrgicos, eram as propostas da Secretaria para o Hospital, naquele momento(87). Os recursos para viabilização desta proposta não estavam entretanto, assegurados.

Assim, delineavam-se propostas diferentes para a AP-4 e consequentemente, para o Hospital de Curicica. O GEL da AP e a direção do Hospital, desejavam o polo de emergência no Hospital de Curicica, e a SMS, no futuro hospital a ser construído, na Barra. Por sua vez, para o Hospital de Curicica, a Secretaria propunha que permanecesse funcionando como uma maternidade, e viesse constituir a retaguarda clínica e cirúrgica, para o novo Hospital Municipal Lourenço Jorge.

No 2º semestre de 1991, o Hospital enfrentava a ameaça de ter sua maternidade fechada. Foram concedidas férias e aposentadorias que vinham sendo prorrogadas pela insuficiência de pessoal, o que implicou na ausência de obstetras em algumas equipes de plantão da maternidade, e na impossibilidade consequente, de seu funcionamento nos dias de plantão daquelas equipes desfalcadas.

A direção propôs então, o remanejamento de profissionais de outros serviços a fim de garantir o funcionamento da maternidade. Algumas reuniões foram realizadas entre a direção, assessores e chefes de serviços, a fim de identificar alternativas para a crise da maternidade. Na verdade, o que estava em discussão era uma saída viável para o Hospital, o que implicava na definição de prioridades. Privilegiar a maternidade não era uma intenção consensual. Alguns consideravam mais importante, direcionar os

87 - SECRETARIA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, op. cit.

poucos recursos existentes, para os setores que estavam em pleno funcionamento, o que significava privilegiar aquele segmento mais consolidado no Hospital, através do qual havia se tornado referência nacional - a tisiopneumologia. Apesar das resistências, a direção optou por garantir a continuidade do funcionamento da maternidade. Para tanto, alguns serviços foram reestruturados e profissionais realocados.

Frente à indefinição acerca do futuro do serviço de emergência, e até mesmo da maternidade, a direção propôs uma nova estrutura organizacional para o Hospital. Esta proposição representava para a direção, uma tentativa de racionalizar os poucos recursos existentes, e ao mesmo tempo de atribuir maior responsabilidade e autonomia, às chefias dos serviços, para que ao menos, lhes imprimissem maior eficiência.

Pelos dados de produção do ambulatório e da internação, era possível caracterizar uma inadequada utilização dos recursos existentes. Utilizando-se como exemplo o ano de 1991, e considerando-se apenas dois indicadores de eficiência, o rendimento da hora-médico para o ambulatório e a taxa de ocupação de leitos para internação, verificava-se uma situação de baixa eficiência(88).

O ambulatório apresentava como rendimento da hora-médico os valores: 2,8; 2,7; 2,4; 2,4 consultas por hora médica respectivamente, no 1º, 2º, 3º e 4º trimestres de 1991. Considerando-se que em média, para a maior parte das especialidades era proposto como padrão, 4 consultas por hora(89); que no número total de consultas, estavam sendo considerados, além das consultas de 1ª vez e subsequentes, também os

88 - Só foram utilizados estes dois indicadores, embora existam outros que possam ser aplicados, para a avaliação do desempenho hospitalar em termos de produção.

O rendimento da hora-médico é a relação entre o número total de consultas individuais realizadas num determinado período e o total de horas trabalhadas despendidas para o atendimento individual. Do total de horas trabalhadas, são retiradas as horas destinadas para atividades grupais, reuniões e outros.

A taxa de ocupação é a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período.

O paciente-dia é uma unidade de mensuração da assistência prestada em um(1) dia hospitalar a um(1) paciente internado.

O leito-dia é a unidade representada pelas camas à disposição de um(1) paciente no hospital, num dia hospitalar.

Ver Manual de Informações sobre Atividades Hospitalares, Centro de Documentação do MS, Brasília, 1985.

89 - Segundo a Portaria nº 3046 do INAMPS, de 20 de julho de 1982.

pronto-atendimentos(90); e que o número de horas consideradas eram as realmente trabalhadas no atendimento, observava-se que existia ociosidade da hora-médico(91).

A internação por sua vez, no mesmo período, apresentava uma taxa de ocupação de 76,0%, 74,7%, 65,2% e 53,1% respectivamente, nos 1º, 2º, 3º e 4º trimestres daquele ano. Considerando-se como padrão, uma ocupação de 80% dos leitos existentes(92) no hospital; e que nas taxas de ocupação apresentadas, incluía-se a movimentação da maternidade, a qual nos trimestres considerados apresentou cerca de 100% de taxa de ocupação, elevando assim, a taxa geral do Hospital, observava-se também existir naquele serviço, uma inadequada utilização dos recursos existentes(93).

Apesar dos esforços, a maternidade suspendeu definitivamente suas atividades em fevereiro de 1992, devido à redução de carga horária dos médicos, vinculados à Campanha Nacional contra a Tuberculose, os quais foram efetivados no quadro de funcionários do Ministério(94). Esta medida trouxe repercussões para todo o Hospital, mas na maternidade teve um impacto definitivo.

Ou seja, o único serviço que de fato conferia o Hospital um perfil assistencial mais aproximado ao de um hospital geral, não existia mais. O Hospital de Curicica não era mais o que já havia sido - um centro de referência em tuberculose - nem tampouco, o novo hospital que vinha tentando ser há alguns anos, consolidando novos objetivos e um perfil diferente. Certamente seus funcionários vivenciavam o impacto destas frustrações.

90 - São denominados de pronto-atendimento, os atendimentos médicos realizados geralmente sem agendamento e sem o registro no prontuário, da história clínica do paciente e dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica, prescritos pelo médico, o que determina que o tempo utilizado neste tipo de atendimento seja menor do que nas consultas onde há o preenchimento do prontuário do paciente.

91 - MS/SNPES/HRPS, Mapa de Produção de Consultas Ambulatorial, RJ, 1º, 2º, 3º e 4º trimestres de 1981.

92 - Segundo a Portaria nº 3046 já citada.

93 - MS/SNPES/HRPS, Demonstrativo de Movimentação Hospitalar, RJ, 1º, 2º, 3º, e 4º trimestres de 1981.

94 - Com a extinção de todas as Campanhas, no final de 1991, o quadro de pessoal a ela vinculado e mantido, nos diferentes hospitais do MS, foi incorporado, no início de 1992, no quadro de funcionários do próprio Ministério. Como os salários dos médicos das Campanhas, com vínculo de 40 horas, correspondiam aos salários dos médicos do Ministério, com vínculo de 20 horas, no momento do enquadramento dos médicos-40 horas das Campanhas, houve uma redução de sua carga horária para 20 horas. Alguns optaram por continuar com as 40 horas, porém foi a minoria.

Aliás, o perfil de hospital de clínicas básicas, poderia ser questionado, inclusive durante o período em que a maternidade estava em funcionamento(embora reduzida em mais da metade de sua capacidade de operação), ao considerar-se o quadro de morbidade dos serviços de ambulatório e internação do Hospital.

Ao analisar-se os dados referentes aos diagnósticos de consulta de 1ª vez no ambulatório, e das altas na internação em 1991, observava-se a seguinte situação. O ambulatório se caracterizava como um serviço de baixa complexidade, com atendimento especializado em pneumologia. Utilizando-se como exemplo os dados do 4o trimestre daquele ano, observava-se que no ambulatório, cerca de 23% dos diagnósticos eram no campo das atividades primárias(95); 20% no campo da pneumologia; 30% em clínica e cirurgia; e os 27% restantes como sinais e sintomas mal definidos e outras causas(96).

A internação, por sua vez, do ponto de vista do perfil, apresentava-se como especializada em obstetrícia e tisiopneumologia. Na internação, no mesmo trimestre referido, o perfil de morbidade apresentava cerca de 40% dos diagnósticos de alta, no campo da atenção ao parto, 30% em pneumologia, 17% em clínica e cirurgia, e os 13% restantes classificados como outras causas(97).

O Hospital no ano em questão, operava com 145 leitos, assim distribuídos: 31 leitos em clínica médica, 20 leitos em clínica pediátrica, 15 leitos em obstetrícia, 8 leitos em neonatologia, 6 leitos em ginecologia, 10 leitos em cirurgia geral, 4 leitos em cirurgia infantil, 9 leitos em cirurgia torácica e 42 leitos em pneumologia(98). Ou seja, do total de leitos em funcionamento, cerca de 35% eram destinados à área de pneumologia, um dos fatores a explicar o quadro de morbidade apresentado na

95 - Foram classificadas como atividades primárias aquelas passíveis de serem realizadas em unidades básicas de saúde, tais como: contato de indivíduos sadios com o serviço de saúde, pré-natal, puericultura, preventivo de câncer ginecológico e outras doenças infecciosas.

96 - HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA, Caracterização do Sítio-piloto, RJ, março de 1992.

97 - HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA, Caracterização do Sítio-piloto, RJ, março de 1992.

98 - HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA, Caracterização do Sítio-piloto, RJ, março de 1992.

internação.

Além do perfil de morbidade apresentado, que evidenciava estar o Hospital mais próximo de ser especializado em obstetrícia e pneumologia, do que um hospital geral ou mesmo de clínicas básicas, o ambulatório por sua vez, não se constituía também, como porta de entrada para a internação, conforme definido em 1982, na reestruturação que sofreu. Enquanto 97,9% dos atendimentos ambulatoriais procediam da AP-4, apenas 62% das altas na internação eram provenientes da AP. Na verdade, eram os serviços de obstetrícia e neonatologia que elevavam este percentual (93,3% e 86,6%, respectivamente). As demais clínicas da internação, importantes na conformação do perfil do Hospital em clínicas básicas, clínica médica, pediatria e cirurgia geral, apresentavam 40,1%, 48,1% e 58,5% das altas procedentes da AP(99), configurando assim, não ser o ambulatório, a principal porta de entrada para o serviço de internação (a exceção da obstetrícia).

Ou seja, o perfil de hospital geral ou mesmo de clínicas básicas, em vários documentos e discursos, atribuído ao Hospital de Curicica, não estava ainda consolidado. Tal fato, indicava que apesar dos esforços realizados visando imprimir um novo perfil ao Hospital, muito ainda estava por ser realizado, para que o referido perfil, fosse de fato, consolidado. Existia uma defasagem entre o que o Hospital pretendia fazer e aquilo que realmente fazia.

Uma nova diretoria assumiu o Hospital em 1992. Frente ao início das obras de construção do Hospital Municipal Lourenço Jorge, a direção deixou de lado a proposta de implantação de um serviço de emergência no Hospital, e concentrou seus esforços na reabertura da maternidade.

Em janeiro de 1993, foram iniciadas negociações entre o Ministério da Saúde e a SMS para que, em regime de co-gestão, a maternidade fosse reaberta com 66

99 - HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA. Caracterização do Sítio-piloto, RJ, março de 1992.

leitos(100). Para tanto o Município se comprometeria com a contratação dos recursos humanos necessários e o Ministério com as despesas de material e manutenção(101).

Esta proposta se inseria na recente conjuntura do processo de municipalização no município do Rio de Janeiro, onde os representantes do nível federal - presidente do INAMPS(102) e ministro da Saúde - e do nível municipal - secretário de Saúde - estariam demonstrando, ao menos a nível dos seus discursos veiculados pela imprensa, intenções coincidentes em relação à rede de serviços do município como um todo. Somente em fevereiro de 1993, que pareceu ter sido iniciado o processo de municipalização da rede de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. Nesta data, tanto os hospitais do MS, quanto os PAMs e hospitais do INAMPS, ainda não haviam sido incorporados à gestão municipal(situação experimentada apenas neste município; o município do Rio de Janeiro era o único no país, no qual ainda existiam unidades vinculadas ao INAMPS). No restante do território nacional, a administração das unidades já havia sido repassada para as prefeituras através do SUS(103). A co-gestão entre o Ministério e as Secretarias Estadual e Municipal parecia estar se conformando como a alternativa viável para a incorporação dos serviços federais pelo município(104).

Até o momento de finalização desta dissertação, nem a maternidade de Curicica havia sido reaberta e tampouco o novo Hospital Municipal Lourenço Jorge de emergência, inaugurado.

100 - Documento elaborado pelo diretor do Hospital de Curicica e encaminhado ao Secretário Nacional de Assistência à Saúde/SNAS/BSB, ao sub-coordenador de Gerenciamento e Apoio da SNAS/RJ e à coordenadora de Saúde da AP-4 da SMS/RJ, RJ, janeiro de 1993.

101 - Matéria publicada no jornal O GLOBO, "César quer reabrir hospital em Curicica", RJ, 06 de fevereiro de 1993.

102 - O INAMPS já estava em processo de extinção. O então presidente do Inamps era também o Secretário Nacional de Assistência à Saúde.

103 - Matéria publicada no JORNAL DO BRASIL, "Governo quer acabar com o INAMPS", RJ, 9 de fevereiro de 1993.

104 - Matéria publicada no JORNAL DO BRASIL, "INAMPS vai exonerar cerca de mil", RJ, 20 de fevereiro de 1993.

4.2.4 - ANÁLISE DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL

A análise do processo de transformação do Hospital de Curicica, será realizada segundo as diferentes perspectivas teóricas apresentadas. As bases desta análise estão alicerçadas no reconhecimento de que todo conhecimento é parcial, e de que os processos organizacionais contêm uma complexidade de difícil apreensão na sua totalidade. Trata-se de uma análise, onde se tenta evitar a excludência, procurando inclusive, desenvolver uma lógica de complementaridade entre as diferentes visões apresentadas.

Cada uma delas, faz sobressair um determinado aspecto da organização e do seu processo de definição e implementação de objetivos. Diferentes visões e explicações acerca de um mesmo fenômeno organizacional podem ser relevantes e, sobretudo, contribuir para a construção de uma compreensão mais adequada da realidade organizacional.

Tem-se como pressuposto que as diversas correntes teóricas trazem importantes contribuições para a análise das organizações e de seu processo de definição e implementação de objetivos. E que nenhuma delas, por si só, é suficiente para explicar adequadamente a complexidade que envolve aquele processo, bem como os demais fenômenos organizacionais. Objetiva-se com o auxílio destas teorias, identificar importantes aspectos da organização em pauta e de seu ambiente, ao longo do período considerado. Aspectos estes, que condicionaram o processo de definição e implementação dos seus objetivos, estes compreendidos como seu perfil assistencial.

O que se deseja evidenciar é que o Hospital, enquanto uma organização, pode ser compreendido de uma maneira integrada, segundo as diferentes perspectivas. Ele pode ser simultaneamente reconhecido, como uma máquina que deve buscar alcançar objetivos previamente definidos da forma mais racional possível, um organismo que

precisa adaptar-se às demandas ambientais a fim de sobreviver, e como um sistema político em permanente transformação, em função dos interesses que circunstancialmente são prevalentes. Segundo esta compreensão, o processo de definição e implementação dos objetivos organizacionais está também, condicionado por diferentes lógicas.

Além disso, busca-se identificar algumas especificidades deste processo, decorrentes da condição do Hospital, ser uma organização do setor saúde e de pertencer a administração pública.

Serão tomados como referências, os momentos da história do Hospital mais significativos, do ponto de vista das modificações de seu perfil assistencial. Para cada um destes momentos, análises serão realizadas utilizando-se as diferentes perspectivas teóricas. Nem sempre serão retomadas todas as perspectivas, e tampouco as diferentes visões existentes em cada perspectiva. Em grande parte, as informações disponíveis sobre o caso e a maneira como ele foi relatado, influenciaram e determinaram as possíveis correlações construídas, entre a história e as contribuições teóricas utilizadas.

Por último, faz-se necessário também recolocar que a análise desenvolvida é, a princípio, parcial quer pelas fontes limitadas de informações utilizadas sobre o processo de transformação do Hospital, quer pela subjetividade do olhar de quem analisa o referido processo.

São identificados na história do Hospital, desde sua criação até o presente ano, alguns momentos considerados marcantes no processo de definição e implementação de seus objetivos, isto é, de seu perfil assistencial. Primeiramente em 1951, na ocasião de sua criação. Em 1979, quando ocorreu a primeira alteração de seus objetivos - o Sanatório transformou-se num hospital de pneumologia. Logo a seguir, em 1981, momento em que foi dado início à sua transformação para um hospital de clínicas básicas; processo este reforçado, em 1982 com novas modificações no espectro de especialidades existentes no Hospital. Houve, posteriormente, durante o período de

1983 a 1985, uma certa estagnação daquele processo. A inauguração da maternidade em 1986, deu novo impulso e representou importante marco na consolidação do novo perfil do Hospital. Em 1989, o início das obras para a abertura de um serviço de emergência, representou mais uma tentativa de reafirmar o perfil de hospital geral. Finalmente, a partir de 1990, o perfil até então construído, foi progressivamente descaracterizado. O fechamento da maternidade e a interrupção das obras da emergência em 1992, levaram o Hospital a uma situação de indefinição de perfil assistencial, a qual poderia ser considerada como uma situação exemplar, de indefinição de objetivos organizacionais.

Analisando-se o Sanatório a partir de uma perspectiva racional, é possível dizer que o Sanatório foi criado como um instrumento para alcançar determinados objetivos pré-definidos. Objetivos estes, que eram os de seus dirigentes, aqui considerados como os dirigentes do Serviço Nacional de Tuberculose(SNT) e da Campanha Nacional Contra a Tuberculose(CNCT). Esta observação pode ser constatada, pelo discurso do diretor do SNT e superintendente da CNCT, na ocasião da inauguração do Sanatório, quando dizia que Curicica era *"a simbolização da própria Campanha Nacional Contra a Tuberculose"*.

Outro elemento a reforçar aquela observação, se prende ao fato da inauguração do Sanatório, ter se dado em janeiro de 1951, apesar de estar ainda, sem condições de operar(o que ocorreu somente em 1952). Uma das possíveis razões para tanto, seria a intenção de ressaltar a associação existente entre a obra, o Sanatório, e seu criador, o então diretor do SNT e superintendente da CNCT. Tal suposição é reforçada ainda, pela sua iniciativa, em seguida à inauguração, em junho de 1951, de pedir demissão dos cargos que ocupava no Ministério.

Como Dussault(1992) colocara, uma das características das organizações públicas, é a extrema dependência do ambiente em que se inserem, a qual traz como consequência, que seus objetivos sejam exclusivamente determinados, no momento de

sua criação, por setores de seu ambiente externo.

O Sanatório, segundo uma perspectiva natural e sistêmica, representava também, o resultado das condições ambientais predominantes no momento de sua criação, as quais poderiam ser consideradas como estáveis, pouco complexas e portanto, menos incertas, do ponto de vista das características tecnológicas, socio-culturais e políticas.

A tecnologia utilizada no tratamento preconizado para a tuberculose - a hospitalização representada pelo alojamento e isolamento dos pacientes, os quais eram por sua vez, submetidos à boas condições de ventilação, iluminação e a uma superalimentação - poderia ser considerada como sendo de baixa complexidade.

Pouco complexo parecia ser também o ambiente, do ponto de vista das condições políticas(aqui considerada a política ministerial para o setor) e das condições socio-culturais. A hospitalização era aparentemente a única alternativa defendida pelos médicos especialistas(os tisiologistas) e pelo Ministério. Este último, investia maciçamente na abertura de novos leitos hospitalares para o tratamento da tuberculose. Particularmente no Sanatório de Curicica, o Ministério havia feito considerável investimento, haja visto os 72% do orçamento da CNCT/MS destinados ao Sanatório, em 1954, passados apenas dois anos do início de seu funcionamento.

Para a sociedade, aquela também parecia ser a alternativa mais apropriada, quer porque de fato, acreditava ser esta, a forma de tratamento mais adequada(e esta crença era construída com a ajuda dos próprios profissionais de saúde), quer porque desejava ver seus doentes afastados do seu convívio(desejo também estimulado por aqueles profissionais). Havia portanto, uma previsibilidade maior com relação ao comportamento do ambiente, possibilitando que os objetivos organizacionais estivessem claramente definidos. Em parte, foi com base nesta aparente certeza, que o Ministério construiu um Sanatório de tal envergadura e com uma previsão de funcionamento para um período de dez anos. Havia portanto, uma certa garantia de que os produtos produzidos pelo Sanatório seriam apropriados às necessidades do mercado, e que

poderiam ser os mesmos, por um certo período no tempo(MORGAN, 1991).

O Sanatório assim, poderia ser considerado simultaneamente, um organismo resultante das características e demandas de seu ambiente, mas também uma máquina estruturada para alcançar objetivos únicos, estáveis, específicos, prévia e claramente definidos. Havia uma única e melhor maneira de enfrentamento da doença, que era a hospitalização. O Sanatório constituía-se no instrumento que viabilizava aquele objetivo. Era o espaço onde se dava a sua materialização.

Mas é possível também dizer, a partir de uma perspectiva política, que naquele momento de inauguração do Sanatório, diferentes grupos de interesse - os dirigentes ministeriais, os tisiologistas e segmentos da população - apresentavam objetivos semelhantes para o Sanatório, e que por esta razão, os objetivos da organização apareciam como únicos. Poder-se-ia dizer que naquela ocasião, existia uma coincidência de objetivos para a organização.

Segundo ainda esta perspectiva, poderia ser considerado que desde a sua criação, conformara-se uma coalizão dominante(dirigentes do MS, dirigente do Sanatório, os tisiologistas e segmentos da população), cujos integrantes apresentavam objetivos coincidentes para o Sanatório.

Utilizando a categorização de Mintzberg(1983), a coalizão dominante estaria assim constituída, pela "*combinação natural*" de uma "*coalizão externa dominada*", onde o MS aparecia como principal ator do ambiente, e por uma "*coalizão interna personalizada*", onde a direção do Sanatório, constituía-se aparentemente, no principal núcleo de poder do ponto de vista interno. Este, representava no interior do Sanatório, a continuidade dos órgãos formuladores da política de combate à tuberculose do Ministério.

Além disso, do ponto de vista interno, é possível dizer que as condições dadas, não seriam estimuladoras ao aparecimento de discordâncias quanto aos objetivos do Sanatório. A organização na realidade, tinha acabado de nascer. Seus profissionais

eram recém-ingressos. Por consequência, seu modo de operar ainda estava por estabelecer-se e também por cristalizarem-se, diferentes interesses e expectativas particulares, em relação à organização.

O Sanatório além do mais, contava com um dos maiores investimentos na época, por parte da CNCT. Do ponto de vista dos profissionais médicos, interessava que o Sanatório viesse a constituir-se de fato, no principal centro de referência para o tratamento e para o ensino no campo da tuberculose, como aliás ocorreu. Esta seria uma forma de satisfazer as necessidades de auto-realização, daqueles profissionais. Na medida que o Sanatório viesse a ter uma projeção nacional, estes profissionais também a teriam. Tal fato, lhes possibilitaria sobretudo acumular poder perante a comunidade médica.

Importa portanto destacar, que no momento de criação do Sanatório, a definição de seus objetivos estava dada, não no seu interior, mas fora dele. Os objetivos dos dirigentes para a organização, constituíram-se nos objetivos da organização. Apareciam como únicos e bem definidos. Os conflitos advindos da existência e da explicitação de interesses divergentes dentro e fora da organização, ainda não tinham tido lugar, nem tempo para surgir.

As condições ambientais entretanto, se alteraram. No campo tecnológico, pelas evidências científicas relacionadas ao tratamento da tuberculose. No campo político, pelas manifestações explícitas das divergências que começaram a surgir no interior do próprio Ministério, quanto à forma de tratamento da doença. Observava-se que diferentes grupos de interesse - os tisiologistas, os sanitaristas, e setores da sociedade -, apresentavam particulares e conflitivos objetivos *"para"* o Sanatório. Cada qual com visões e motivos particulares, coincidentes e não, sobre a forma mais adequada de tratamento da tuberculose.

Os dados e análise apresentados pelo diretor do SNT e superintendente da CNCT(o qual não era mais o mesmo do momento de inauguração do Sanatório), evidenciavam a

existência dos referidos grupos, bem como de suas alianças, e constituíam-se nos argumentos mais racionais possíveis, quanto à inadequação do tratamento utilizado, para combater a tuberculose.

Os avanços terapêuticos já alcançados e os custos e benefícios até então obtidos com o tratamento sanatorial, indicavam a necessidade de mudar a estratégia utilizada de combate à doença. A hospitalização além de ser mais onerosa financeiramente, impunha ao indivíduo/paciente, uma situação desnecessária e indesejável para ele, de afastamento e discriminação social. Por todos os motivos, a hospitalização mostrava-se como ineficaz e ineficiente, até mesmo porque, aqueles que supostamente eram os principais interessados no tratamento - os pacientes - não se "adequavam" às próprias condições do tratamento. Fato evidenciado em Curicica, quando no período de 1952 a 1954, cerca de 50% das saídas, foram devidas a alguma forma de desistência do tratamento por parte dos pacientes.

Observou-se portanto, que a racionalidade técnica, compreendida como a ação mais eficiente e eficaz para alcançar-se determinados resultados - a cura dos pacientes tuberculosos - não prevaleceu como a lógica a informar as decisões e ações ministeriais. Os dados apresentados pelo diretor do SNT e superintendente da CNCT, evidenciavam que a hospitalização não era o caminho mais racional e adequado para combater-se a tuberculose. No entanto, na realidade, a hospitalização continuou sendo a tendência hegemônica no período em questão, embora algumas medidas normatizadoras da internação hospitalar tenham sido implantadas, como resultado do processo de negociação e barganha que teve lugar, entre as diferentes e divergentes tendências então existentes.

Outras racionalidades portanto, estavam presentes e ainda que implicitamente, informaram a lógica utilizada na tomada de decisões e na implementação das ações, no tocante ao combate da doença. A razão de ser do Sanatório de Curucica era também explicada por tais racionalidades. Estas, por sua vez estavam relacionadas aos interesses

da sociedade em segregar seus pacientes, e aos dos médicos especialistas em tisiologia, em assegurar seu prestígio, o que em última instância, significava a sua sobrevivência, em termos de poder de especialista perante os outros especialistas médicos.

É interessante notar no discurso do referido dirigente do Ministério, que a sua análise estava informada simultaneamente, por uma perspectiva racional e política. Por um lado, identificava qual deveria ser o caminho mais eficiente e eficaz para alcançar-se resultados mais satisfatórios em relação ao controle da doença. Por outro, reconhecia a inviabilidade de adotar tal caminho, dado os interesses particulares que estavam contrariamente colocados e estabelecidos. Ou seja, parecia compreender que a adoção de um nova forma de combate à doença, dependeria de uma correlação de forças mais favoráveis para aqueles que, assim como ele, defendiam a desospitalização no tratamento da tuberculose.

Assim, permaneceu sendo a hospitalização, o tratamento de eleição, preconizado pelo Ministério, para a tuberculose. Continuaram prevalecendo os objetivos da coalizão dominante, da qual possivelmente fazia parte o diretor da SNT e superintendente da CNCT, apesar de sua posição manifestada, contrária à hospitalização indiscriminada. É possível supor que os conflitos também se localizavam no interior desta coalizão, e que do processo de negociação estabelecido entre as diferentes tendências nela existentes, resultaram as medidas normatizadoras da internação e a permanência da hospitalização como o tratamento de eleição. Seriam estas, as evidências de que os diferentes grupos de interesse, componentes desta coalizão, estabeleceram entre si, relações de troca, tendo em vista atender mutuamente, às demandas de cada um. Evidentemente, que o grupo que detinha a maior parcela do poder, foi aquele que mais condicionou os resultados do processo. Os objetivos organizacionais que naquele momento prevaleceram, a nível do Ministério e para o Sanatório, foram resultantes do consenso possível que se estabeleceu, e que aliava setores da sociedade, com os médicos tisiologistas, de dentro do Ministério e fora dele também.

É possível dizer também, que estava constituída a situação que Thompson(1976) denominou de "*consenso de domínio*", ou seja, havia sido construída, uma área de consenso das expectativas dos membros da organização e de grupos do ambiente, acerca daquilo que o Sanatório deveria fazer. Por um lado, o Sanatório respondia às necessidades da sociedade. Os familiares dos pacientes e outros, desejavam vê-los distanciados de sua convivência. Os profissionais fisiologistas, que integravam a organização(mas que ao mesmo tempo, poderiam estar vinculados às suas associações profissionais, e assim pertencendo também, a um setor operacional deste ambiente), interessados na manutenção de sanatórios grandiosos, a fim de assegurar o seu prestígio e influência profissionais. Em contrapartida, o Sanatório recebia deste ambiente, os recursos humanos, financeiros, bem como reconhecimento e legitimidade, necessários à sua sobrevivência.

A primeira modificação ocorrida no perfil do Sanatório, por ocasião de sua transformação num hospital de pneumologia, poderia ser compreendida segundo uma perspectiva sistêmica. As condições ambientais tecnológicas se alteraram. Já estavam comprovados cientificamente, a igual eficácia do tratamento da doença, a nível ambulatorial e de internação, bem como o semelhante risco de adoecer, para os comunicantes dos pacientes em tratamento internados e ambulatoriais. A quimioterapia utilizada no tratamento da doença evoluiu, e o seu acesso tornou-se mais fácil, uma vez que teve início a sua produção, por parte do governo, através da Central de Medicamentos(Ceme), permitindo assim, uma utilização mais abrangente. A vacina BCG já vinha sendo aplicada em caráter de campanha, como uma medida preventiva em relação à doença. Além disso, outras organizações de saúde vinculadas as Secretarias Estaduais de Saúde(SES) passaram a desenvolver também ações de combate à tuberculose.

Modificava-se também, o quadro epidemiológico das doenças na população, onde outras pneumopatias passaram a se destacar, como merecedoras de atenção, por parte

das ações no campo da saúde pública. Todas estas condições impunham ao Sanatório ajustar-se à esta nova situação, se desejasse permanecer existindo enquanto uma organização.

Esta mudança de perfil poderia ser compreendida como uma alternativa para a sobrevivência organizacional. Ou seja, a organização, seus integrantes e dirigentes necessitavam sobreviver e para tanto, diversificaram seus produtos, serviços e clientela.

Retomando as considerações de Etzioni(1984), é possível dizer, que o Sanatório naquele momento, passava por um processo de "*sucessão de objetivos*". Esta situação segundo o autor, ocorre quando a organização já atingiu seus objetivos iniciais, ou quando aqueles objetivos iniciais, por qualquer motivo, não são mais passíveis de serem alcançados, o que foi o caso do Sanatório de Curicica. Já não era mais a tuberculose, a única doença a receber atenção por parte do Ministério, e tampouco era a hospitalização, a única e melhor forma de enfrentamento daquela doença.

Como Etzioni(1984) bem ressalta, dificilmente uma organização opta pela sua dissolução. Ela e setores do ambiente, que com ela estabelecem relações, acabam por identificar novos objetivos, a fim de garantir a sua sobrevivência. Assim, sua sobrevivência dependeria da sua capacidade de adaptação, às mudanças tecnológicas desencadeadas no ambiente, em relação ao tratamento da tuberculose, bem como às modificações ocorridas na própria população, do ponto de vista epidemiológico. E ainda, a sobrevivência dos tisiologistas, dependeria de sua capacidade de diversificar e ampliar seu campo de atuação, não mais se restringindo a intervir somente nos casos relacionados à tuberculose. Ou seja, se o Sanatório não encontrasse um novo objetivo, não diversificasse o perfil de serviços que prestava, o seu fechamento seria de fato uma ameaça inexorável, até mesmo porque, este estava sendo o desfecho de outros sanatórios vinculados ao MS.

Mas esta primeira modificação de perfil também poderia ser analisada segundo a perspectiva de Perrow(1965). A evolução ao longo tempo, da tecnologia médica em

relação ao tratamento da doença, deslocou o poder dos tisiologistas para os sanitaristas e pneumologistas. Naquele momento, as ações mais importantes eram aquelas voltadas para prevenção e tratamento da tuberculose, tendo em vista alcançar grandes contingentes populacionais. Estas tarefas eram melhor desempenhadas pelos sanitaristas, os quais tinham uma formação específica para lidar com tais exigências. Além disso, com o aparecimento de outras pneumopatias, como prioritárias para intervenção do Ministério, os pneumologistas passaram a ser aqueles, que estavam mais habilitados para atuar nestas novas condições.

O poder assim, deslocava-se dos tisiologistas para outros especialistas médicos e a definição dos objetivos do Sanatório desta forma, também era deslocada, de acordo com a nova configuração de poder que se instalava a nível do Ministério e do Sanatório. Agora, era um outro grupo, e não os tisiologistas, que detinha maior poder na organização. Poder que originava-se na importância para a organização, das tarefas pelas quais era responsável. Poder que lhe possibilitava sobretudo, definir os objetivos da organização.

Ainda segundo uma perspectiva política, é possível supor que a composição da coalizão dominante modificou-se, ou que o poder dos grupos de profissionais do Ministério e fora dele, que já advogavam desde 1955, o combate da tuberculose de outra forma, que não a hospitalização indiscriminada, aumentou. Naquele momento, estavam dadas as condições suficientes para que esta nova tendência pudesse prevalecer no interior da coalizão dominante e assim sendo, influenciar mais fortemente os objetivos a serem implementados no Hospital. Assim, modificou-se a composição da coalizão e mudaram também os objetivos daquela nova coalizão para o Sanatório.

A outra modificação no perfil ocorrida em 1981, marcou o início de sua transformação para um hospital de clínicas básicas.

As condições ambientais, políticas, tecnológicas, epidemiológicas, socio-culturais, certamente não eram mais as mesmas, quando da criação do Hospital. Aliás, desde

1979 que estava colocada a intenção do MS, de transformá-lo num hospital geral, tendo em vista a Política de Saúde definida pelos órgãos ministeriais na época, de intensificar as ações básicas de saúde e de regionalizar e integrar os serviços de saúde existentes.

O Hospital segundo esta Política, teria uma papel na rede de serviços da AP-4, respondendo assim, pelas necessidades de prestação de serviços da população da área. Esta população já manifestara suas necessidades desde 1980, por ocasião do I Encontro Popular pela Saúde, as quais foram ratificadas no I Encontro para a Integração Regionalizada das Instituições Públicas de Saúde daquela AP. Neste último Encontro, foram identificadas explicitamente, as áreas de atendimento carentes de serviços na região(as quais precisavam ser introduzidas e/ou ampliadas), quais sejam, a materno-infantil, a saúde mental, a pneumologia sanitária e a vigilância epidemiológica.

Novamente colocava-se para o Hospital a necessidade de diversificar seus produtos a fim de assegurar a sua sobrevivência. Era uma tentativa de adaptação dos objetivos do Hospital às novas condições e demandas ambientais existentes. Ampliaram-se os setores operacionais do ambiente, dos quais o Hospital necessitava para assegurar recursos, bem como eram colocadas por outros setores, claras demandas para o Hospital. A direção do Hospital, a população organizada da AP, as outras organizações de saúde, enfim, todos os integrantes do GEL, bem como o INAMPS, tinham aparentemente objetivos coincidentes para o Hospital. O INAMPS era quem naquele momento financiava e recuperava a rede pública de serviços. O GEL assegurava legitimidade para as propostas de transformação do Hospital. Complexificavam-se as condições ambientais e de igual maneira, o processo de trabalho no interior do Hospital, condicionando desta forma a redefinição dos objetivos organizacionais.

Estava novamente sendo estabelecido um "*consenso de domínio*", entre o Hospital e os "*setores operacionais*" do seu ambiente. Era definida uma área de atuação do Hospital, em comum acordo com setores do ambiente que dependiam do Hospital, ou dos quais o Hospital dependia. A constituição de um "*domínio viável*", assegurava a

sobrevivência organizacional, e para tanto exigia o estabelecimento de relações inter-organizacionais, onde então se dava a definição dos objetivos da organização(THOMPSON, 1976).

Outra vez, estava dado um processo de "*sucessão de objetivos*"(ETZIONI,1984). Não havia mais razão de existir um hospital exclusivamente voltado para o tratamento de pneumopatias. O quadro epidemiológico da população da área, possivelmente não justificaria a sua existência, além do mais, havia outras unidades na rede de serviços da AP, que também ofereciam leitos em tisiopneumologia(um hospital especializado em tisiopneumologia da SES e o hospital geral do INAMPS). A rigor, como o caso apresenta, desde 1979, que estava dada a intenção do Ministério de transformar o Hospital de Curicica num hospital de clínicas básicas. O que talvez não estivesse dado ainda naquele momento, fossem as condições políticas, externa e interna, de implementar no Hospital, as modificações desejadas.

Segundo uma perspectiva política, parte da população da AP, consciente de seus interesses, constituía-se como um grupo de interesse(BACHARACH E LAWLER, 1980), participando ativamente com outros grupos de interesse, do processo de construção de uma proposta de funcionamento da rede de serviços de saúde da AP-4. O INAMPS também representava importante grupo de interesses neste processo. Através da negociação entre os diferentes grupos, conformava-se uma coalizão dominante, da qual participavam o MS, o INAMPS, representantes das unidades de saúde dos níveis municipal, estadual e federal, em particular, do Hospital de Curicica, além de entidades representativas da população da área. Ou seja, os diferentes grupos de interesse, não só tinham consciência de seus interesses coincidentes, como também tinham em comum, um objetivo para a rede e para o Hospital: ampliar e estimular as atividades assistenciais e preventivas nas áreas de atenção já mencionadas. O GEL constituído no I Encontro para a Integração Regionalizada das Instituições Públicas de Saúde, era em parte, a materialização desta coalizão.

Participava desta coalizão um novo e importante grupo de interesses, o INAMPS, o qual entrou em cena em 1981, por ocasião do estabelecimento da co-gestão entre o MS e INAMPS/MPAS. A partir de então, o INAMPS passou a ter um papel diferenciado perante os demais grupos. Era ele quem detinha maior poder. Poder técnico, pois de seus quadros originava-se considerável parte da formulação das propostas para a rede de serviços de saúde. Poder financeiro, porque dele advinham os recursos para recuperar, manter e ampliar a referida rede. Aliás, o INAMPS já se mostrava importante desde 1980, por ocasião de sua participação nos convênios estabelecidos com as Secretarias Estaduais de Saúde, com a interveniência do Ministério da Saúde, quando foram deslocadas as ações de combate à tuberculose para as unidades básicas de saúde. Foi somente no momento em que o INAMPS passou a ativamente participar do processo de redefinição da política ministerial de combate à tuberculose, que se reduziu significativamente (78,3%), o número de leitos no país, destinados à tuberculose (de 24.045 em 1973, para 5.216 em 1981)(1).

Portanto, a modificação do perfil assistencial do Hospital, de pneumologia para clínicas básicas em 1981, bem como as medidas de ampliação de atividades e especialidades, ratificando este perfil, representavam os objetivos da coalizão dominante para o Hospital. Coalizão da qual faziam parte representantes do MS, do INAMPS, o GEL da AP, onde estava incluída dentre outros, a direção do Hospital de Curicica.

Teria havido no período de 1981 e 1982, uma certa estabilização da composição da coalizão dominante e dos objetivos para o Hospital. O Hospital neste período, teria sido um instrumento desta coalizão para operacionalizar seus objetivos.

Retomando as observações de Mintzberg(1983), poder-se-ia dizer que, do ponto de vista externo, haveria um núcleo de poder localizado ("*coalizão dominada*") no

1 - MS/SNPES/DNPS, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, convênio INAMPS/SES/MS, Avaliação de atividades realizadas em 1981, anexo nº 18 in Relatório DNPS/SNPES/MS, anexos, 2ª parte, 1981(b).

INAMPS/MPAS(e não mais no Ministério como a princípio se colocara), e que, do ponto de vista interno, o núcleo de poder estaria situado na direção superior do Hospital, incorporando a gerência intermediária e a tecnocracia, representada esta última, pelos profissionais do convênio com o IMS/RJ(*"coalizão burocrática"*), que juntamente com técnicos do Hospital em 1982, formularam o projeto de ampliação do ambulatório e da internação. Houve então, uma combinação *"natural"*, entre a *"coalizão externa dominada"* e a *"coalizão interna burocrática"*. O principal foco de poder estava localizado na coalizão externa. Teria sido esta combinação de coalizões conformando uma coalizão dominante que possibilitara a redefinição e a implementação do perfil assistencial do Hospital.

O período logo a seguir de 1983 a 1985, caracterizou-se por uma certa estagnação do processo de transformação e consolidação do novo perfil assistencial do Hospital. Aparentemente, importante e principal representante de interesses deste processo, o INAMPS e secundariamente o Ministério, teriam se distanciado, ou os seus objetivos modificados, o que ocasionou consequências para o processo de transformação do hospital.

Foram várias as intervenções e manifestações do referido GEL, que recolocavam a necessidade de dar continuidade ao processo de integração e regionalização dos serviços da AP. E concretamente nada acontecia. O GEL explicitamente se ressentia do insuficiente apoio dos níveis centrais ministeriais. Aparentemente os objetivos do GEL, os dos níveis centrais ministeriais e os das instâncias gestoras da AIS, eram coincidentes para o Hospital, ao menos aqueles que eram oficialmente declarados(2). No entanto, a realidade mostrava quais eram os *"objetivos operacionais"*, aqueles que de fato estavam sendo buscados(PERROW, 1961). O Hospital sofreu as consequências diretas desta situação. Foi progressivamente desativando leitos por insuficiência de

2 - A CIMS-RJ, instância gestora das AIS, em documento por ela elaborado, onde constam diretrizes gerais para as AIS no município do Rio de Janeiro, propunha que cada AP constituísse uma rede capaz de responder às necessidades de atendimento nas clínicas básicas. Esta era também a proposição do GEL-AP-4 e do Hospital de Curicica.

recursos para mantê-los, até quando em 1985, teve que enfrentar a ameaça de seu fechamento.

O Gel-AP-4 e conseqüentemente, a direção do Hospital de Curicica, que outrora participaram ativamente no processo de definição e implementação dos objetivos organizacionais, pareciam agora, estar sem poder suficiente, para dar prosseguimento àquele processo de transformação e consolidação do perfil assistencial do Hospital.

Uma possível explicação para tal situação seria a existência de interesses contrários à política de regionalização e integração dos serviços de saúde, localizados no interior do próprio INAMPS e do Ministério.

Como identificado por Junqueira e Inojosa(1992), no interior da administração pública existem interesses particulares os quais determinam a lógica de distribuição dos recursos existentes, muitas das vezes em detrimento do interesse público.

Ou como diria Motta(1990), no interior da administração pública, por vezes

"o uso de recursos públicos é o mecanismo básico de preservação do poder, pois esses recursos são menos usados para atender a demandas e necessidades reais da comunidade, e mais para responder, através de troca de favores ou de outras formas, os interesses particulares de grupos."

Aliás, Cyert e March(1963) já alertavam que a alocação de recursos organizacionais, não resulta necessariamente de uma ação racional. É muito mais determinada pela atuação das diferentes forças políticas que estejam em jogo.

Tal situação, de coexistência de diferentes interesses no interior das organizações mais poderosas deste processo, o INAMPS e o MS, poderia ter contribuído para a dispersão do poder existente a nível do ambiente externo do Hospital, o que explicaria se não a regressão, mas a paralisação do processo de transformação do perfil do Hospital. Desde o início deste processo, que o principal foco de poder encontrava-se no ambiente externo do Hospital e não no seu interior. Foco este, que se apresentava de forma concentrada, primeiramente em torno do MS e posteriormente, do INAMPS.

Para Mintzberg(1983), quando o principal foco de poder desfaz-se, e um novo não assume logo o seu lugar, ocorre um "*vácuo de poder*", fazendo com que a organização ressinta-se de um rumo mais definido. Esta parecia ser a situação do Hospital, o que evidentemente teve consequência imediata na processo de consolidação do novo perfil do Hospital.

Ou seja, é possível supor que neste momento, a coalizão externa fosse "*passiva*" e que do ponto de vista interno, o poder permanecesse concentrado em torno da direção do Hospital, caracterizando-se assim uma coalizão burocrática. No entanto, este poder interno não foi suficiente para dar continuidade ao processo de transformação do Hospital, ou não estava configurada uma coalizão dominante, razão pela qual aquele processo havia sido paralisado.

Este processo foi retomado em 1986, com a abertura da maternidade e posteriormente em 1989, com o início das obras da emergência. Foi sem dúvida, o período mais importante, no qual aconteceram as iniciativas mais expressivas e aparentemente mais definitivas, para a consolidação do novo perfil de hospital geral. Finalmente, materializavam-se algumas das propostas do GEL e do Hospital.

O GEL já havia elaborado e encaminhado para as instâncias superiores gestoras das AIS, inúmeras análises onde explicitava técnica e racionalmente, as insuficiências da AP em relação à oferta de serviços, tendo em vista inclusive o quadro epidemiológico da população da área. A principal causa de morte em 1984, em crianças de 0 a 1 anos, eram as doenças peri-natais(3). Nas demais faixas etárias, a principal causa de morte eram as causas externas(4). Pelo dados apresentados pelo Grupo de Socorro de Emergências(GSE)(5), relativos aos atendimentos por ele realizados, no período de

3 - Por doenças peri-natais entende-se a denominação utilizada para as mortes acontecidas no parto e pós-parto. Geralmente estão associadas às deficiências de atendimento durante a gestação, no momento do parto e do pós-parto.

4 - Por causas externas entende-se a denominação utilizada para as mortes ocasionadas pela violência em geral e por acidentes. Decorrem de quadros mórbidos que exigem pela sua gravidade uma atenção imediata e por vezes, de maior complexidade tecnológica.

5 - O GSE pertence ao Corpo de Bombeiros do município do Rio de Janeiro, e é o atual responsável pelos atendimentos de urgência e emergência nas vias públicas do município. Após realizar os primeiros atendimentos e estabilizar o paciente, faz a

agosto de 1989 a julho de 1990 na AP-4, apenas 32% dos atendimentos realizados nas vias públicas da AP, teriam sido absorvidos por um dos hospitais da área. Os demais 68%, foram transferidos para hospitais de outras APs do município, em particular para o Hospital Municipal Miguel Couto, localizado na AP-2 Sul, possivelmente pela impossibilidade dos serviços da AP-4 absorverem e atenderem adequadamente, os pacientes atendidos e encaminhados pelo GSE. Estes eram os argumentos mais racionais possíveis, para justificar a abertura de uma maternidade e de um serviço de emergência na AP. A existência destes serviços na AP, do ponto de vista das necessidades de atenção da população da área, era sem dúvida, inquestionável.

O GEL já vinha apontando estas e outras deficiências, desde 1982, quando elaborou um Diagnóstico de Saúde da AP. No final de 1985 e início de 1988, elaborou dois Planos Diretores para AP respectivamente, um para 1986 e o outro para o período de 1988 e 1989. A maternidade foi proposta no primeiro Plano, e a emergência no segundo Plano. O Hospital de Curicica, nos dois Planos para a AP-4, constituía-se na unidade da rede sobre a qual depositava-se a maior parte das inovações propostas para a rede de serviços como um todo.

É interessante observar que desde o primeiro diagnóstico em 1982, o GEL enquanto uma instância que pretendia ser gestora da rede de serviços da AP, evidenciava a necessidade de aumentar a eficiência dos serviços públicos de saúde da área, antes mesmo de qualquer iniciativa de ampliar a capacidade instalada da rede (não era o caso da maternidade e tampouco da emergência, pois não havia leitos públicos de obstetrícia, neo-natais e no caso do atendimento de emergência, o que existia era insuficiente do ponto de vista da complexidade e também da quantidade). Identificava assim, a necessidade de se introduzir naquelas organizações, uma lógica mais racional do ponto de vista de uma adequada utilização dos recursos, ou seja, propunha que a eficiência deveria ser um objetivo a ser alcançado por aquelas organizações.

transferência para um hospital da rede pública, a fim de ser dado um atendimento mais apropriado, caso seja necessário.

A abertura da maternidade representava uma adequação do Hospital às características e necessidades da população da área. A razão da existência do Hospital estava localizada em parte, na possibilidade dele atender, às demandas da área, quer da população, quer dos outros serviços, que em relação ao Hospital, tinham a expectativa de que ele respondesse pelos problemas materno-infantis da AP.

Significava também, que novamente o poder havia se concentrado numa coalizão dominante resultante de uma combinação entre uma coalizão externa "*dominada*"(onde o MS e o INAMPS recolocavam-se como importantes setores deste ambiente) e uma coalizão interna "*burocrática*"(o poder interno permanecia concentrado em torno da direção e de seus assessores). Poder aquele concentrado o suficiente, para que houvesse implementação de objetivos no Hospital. É também neste contexto, que teve início no final de 1989, as obras para abertura da emergência.

Em 1990, o processo de transformação do Hospital foi interrompido com a paralisação das obras da emergência e com a redução da capacidade de operação da maternidade, a qual terminou por suspender completa e definitivamente suas atividades, em 1992.

Ambas as situações ocorreram no início da gestão do recém-empossado governo federal. A paralisação das obras da emergência se deu pela interrupção dos recursos do Ministério da Saúde que as financiavam. A perda de profissionais da maternidade resultou de uma reforma administrativa então promovida, que atingiu de forma indiscriminada toda a administração pública federal. A reforma, segundo artigo recentemente publicado em jornal de grande circulação, foi realizada sem critérios e planejamento, a qual

"...acarretou o fechamento de empresas e o cancelamento de programas...acabaram jogando fora tecnologia e know-how acumulados à custa de dinheiros públicos,...sem que se tivesse em conta o papel sócio-econômico que desempenhavam no país."(6)

6 - Segundo a referida matéria, as informações nela contidas são originadas de um relatório de circulação restrita elaborado por uma comissão especial da atual Secretaria de Administração Federal(SAF) acerca da situação da administração pública brasileira.

No caso do setor saúde, a reforma agravou ainda mais o estado de sucateamento já existente da rede de serviços. O Hospital e as demais unidades de saúde federais, enquanto organizações públicas, foram submetidas como Dussault(1992) já havia alertado, a uma "*contaminação burocrática*", ou seja, estas organizações de saúde, por serem públicas, terminaram por ficar permeáveis à lógica mais geral que orientou as ações da administração pública, independentemente de suas especificidades e necessidades.

A referida reforma, trouxe consequências para toda a rede de serviços federal no Rio de Janeiro. Além de ter afastado vários profissionais de saúde da mencionada rede, os então diretores das unidades que a integravam, foram exonerados simultaneamente, inclusive o do Hospital de Curicica. Embora a mudança do diretor do Hospital não tivesse significado uma alteração de projetos e objetivos para o Hospital, a exoneração dos outros diretores das outras unidades de saúde da AP-4, explicaria em parte, a desarticulação e esvaziamento do GEL e, possivelmente, a existência de novos objetivos para o Hospital.

Outra explicação possível para a situação em que o GEL se encontrava, seria a indefinição dos mecanismos viabilizadores da descentralização proposta no SUS, e da própria municipalização. Os mecanismos até então vigentes da descentralização, integração e regionalização da rede(o GEL era um deles), estavam sendo esvaziados sem que outros, em substituição àqueles, fossem implantados. O GEL portanto, não tinha mais o respaldo formal e muito menos político, para sua existência.

O fato da interrupção das obras da emergência do Hospital, ter acontecido poucos meses após o seu início, é a evidência de que não se pode falar de definição e implementação de objetivos de forma dissociada, do contexto político-administrativo em que ocorrem. Ou seja, objetivos que foram definidos para o Hospital, num dado

Neste relatório segundo a matéria jornalística. são citados inúmeros exemplos dos equívocos cometidos pela referida reforma.

Ver matéria de Regina Zappa, "A Modernidade de Tacape e Borduna", publicada na coluna "Coisas da Política", no Jornal do Brasil, RJ, em 06/12/93.

contexto político, não constituíam-se mais nos seus objetivos, uma vez mudado o referido contexto.

Aqui, o que deseja-se realçar são dois aspectos. O primeiro, da necessária integração entre a formulação e implementação de objetivos organizacionais. Objetivos são na verdade, como diria Etzioni(1984), *"estados futuros desejados"*. Só se transformam em realidade, quando implementados, sendo então passíveis de observação.

Assim sendo, a formulação e implementação de objetivos deve ser considerada de uma forma integrada, apesar da tendência identificada por Motta((1990), a uma maior desintegração entre decisão e ação existente no setor saúde. Segundo o autor, *"os problemas de saúde têm grande visibilidade social"*, o que permite obter-se algum consenso quanto às soluções propostas. No entanto, no momento da implementação, acabam por surgir conflitos, em razão de ser este o momento privilegiado, para que os diferentes interesses em jogo se manifestem.

O segundo aspecto refere-se ao fato, de que planos e formulações de objetivos, bem como a sua implementação, ocorrem em contextos político-administrativos, ou seja, a implementação não é a mera execução administrativa, desprovida de qualquer conotação política. Para Motta(1990),

"a política está presente em todo o processo administrativo e faz parte essencial do contexto de implementação de qualquer política de saúde; opções políticas estão implícitas em decisões administrativas."

É preciso considerar que os contextos não são estáticos. Se o contexto muda, mesmo que não explicitamente, mudam os planos e objetivos anteriormente formulados, e é por isto, que a implementação de um plano que foi definido num dado contexto, provavelmente não realizar-se-á em outro.

No caso de Curicica, o contexto político administrativo de formulação do Plano da AP-4 para 1988 e 1989, e o de 1990, não eram os mesmos. A Constituição outorgada

em 1988, definia novos e maiores poderes para os governos municipais, inclusive e principalmente, poder financeiro, pois uma parcela maior de recursos passava a ser alocada nos municípios. Do ponto de vista específico do setor saúde, a referida Carta colocava, que a constituição do SUS, remeteria a uma reorganização dos serviços de saúde em torno do poder municipal.

Assim estavam dadas algumas condições e indicações da configuração de um novo cenário político-institucional, onde as Secretarias Municipais de Saúde de maneira geral, ganhavam poder e consequente importância e centralidade, para toda a rede de serviços de saúde, em relação as demais instâncias dos outros níveis de governo, também responsáveis pelas ações de saúde.

No caso específico da AP-4 do município do Rio de Janeiro, e em particular do Hospital de Curicica, a SMS tornava-se portanto, um importante setor operacional de seu ambiente, a ser considerado na definição e implementação de seus objetivos. Consequentemente, deste ponto de vista, o MS e o INAMPS que já tinham tido significativo papel, no processo de definição e implementação de objetivos do Hospital, relativamente perdiam poder.

Ficava assim cada vez mais evidente, que a SMS conformava-se como importante e poderoso setor do ambiente, para o Hospital. Importância e poder manifestados inclusive, quando desconsiderou o Plano Diretor da AP-4, não concordando em financiar a emergência no Hospital de Curicica, e optando por construir seu próprio hospital de emergência.

O período de 1990 a 1992 foi de grande indefinição da política de saúde, apesar dos reconhecidos avanços constitucionais no campo da saúde. A municipalização dos serviços de saúde, como a forma de descentralização proposta, enfrentava importantes dificuldades, particularmente no Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal do Rio de Janeiro resistia em absorver as unidades federais, alegando que não dispunha de recursos financeiros para tanto. O governo federal segundo ela, estaria querendo apenas livrar-se

de suas unidades, sem assumir quaisquer compromissos com a sua manutenção. Segundo a SMS, o financiamento vigente destas unidades, exclusivamente através do repasse de recursos mediante a sua produção, era insuficiente para mantê-las, quer pelas distorções e deficiências do próprio mecanismo, quer pela reconhecida ineficiência daquelas unidades. Esta situação de indefinição da municipalização propiciou inclusive, que projetos assistenciais conflitivos se colocassem na AP-4. A coexistência de distintas redes de serviços públicos de saúde vinculadas à diferentes níveis de governo, sem um comando único para toda a rede, foi sem dúvida, uma condição a explicar a definição de mesmos objetivos - a abertura de um serviço de emergência - por duas organizações de saúde integrantes da rede, a SMS e o Hospital de Curicica.

Este era o contexto onde se inseria o Hospital de Curicica. Ou seja, o Ministério parecia não mais ter objetivos para ele, as outras unidades da AP também pareciam não ter, e a SMS de igual maneira. O Hospital deixava assim de ser objeto de atenção destes setores do ambiente externo, situação inversa àquela referente ao período de 1981 a 1989.

A situação experimentada pelo Hospital de Curicica a partir de 1990, foi exemplar para evidenciar como o processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde, está submetido à condições de transitoriedade e de descontinuidade, além de estar intrinsecamente associado às condições político-administrativas de seu ambiente.

Novamente parecia inexistir um foco de poder concentrado neste ambiente, interessado pelo Hospital, que pudesse imprimir-lhe uma direção (apesar da tendência já apontada da SMS vir a constituir-se em interlocutor central para o Hospital). Muitos e diferentes interesses estavam colocados. Poder-se-ia dizer que do ponto de vista externo, conformava-se segundo Mintzberg(1983), uma "*coalizão passiva*" onde o poder encontra-se disperso e os conflitos são evidentes e intensos. Novamente,

constituía-se do ponto de vista do ambiente, uma situação de "*vácuo de poder*".

As condições ambientais a que estavam submetidas as unidades federais e portanto, o Hospital de Curicica, eram talvez as mais incertas de suas histórias, quer do ponto de vista de sua vinculação institucional, quer do ponto de vista de seu financiamento. Todos padeciam de uma certa "orfandade".

Estas incertezas repercutiam internamente no Hospital. Ele vivia possivelmente, o momento mais difícil de sua história. Não era só o seu projeto de transformação de perfil assistencial que estava ameaçado, mas também a sua sobrevivência. Era sem dúvida, uma luta pela sobrevivência não só do Hospital, mas daqueles que em relação a ele, tinham objetivos.

A sua extrema dependência do ambiente externo, associada à inexistência concreta de alternativas que assegurassem a sua sobrevivência, teriam sido elementos destabilizadores do instável equilíbrio interno, e propulsores da cristalização dos diferentes interesses já existentes no interior do Hospital. Diferentes objetivos internamente se colocavam para o Hospital. A direção, alguns de seus assessores e outros profissionais, possivelmente vinculados à maternidade, consideravam prioritária a sua manutenção. Outros assessores e os profissionais mais antigos e/ou vinculados à tisiopneumologia, propunham que o Hospital recuperasse o curso de sua história, ou seja, que voltasse a fazer aquilo que lhe tinha atribuído reconhecimento e legitimidade, o que significava priorizar a tisiopneumologia.

Na situação de escassez aguda de recursos em que o Hospital encontrava-se, a luta que se instalava era pela disputa dos poucos recursos disponíveis, o que em última instância, significava definir quais setores(e interesses) sobreviveriam, e quais seriam sacrificados. Tal situação, propiciou o acirramento dos conflitos já existentes, trazendo à tona diferentes interesses e objetivos explicitamente cristalizados para o Hospital.

Certamente que estes interesses divergentes já estavam colocados há muito tempo. Desde o início do processo de transformação do Hospital, determinados setores, pela

perda de prestígio e recursos, possivelmente acumulavam ressentimentos e frustrações.

A proposta de transformação de perfil assistencial do Hospital, com a abertura de novos serviços como o ambulatório, as enfermarias de clínicas básicas e principalmente a maternidade, constituiu-se num processo que implicou na complexificação do processo de trabalho da organização, ou seja, das tarefas organizacionais até então desenvolvidas. Tal fato, teve importantes implicações para o funcionamento do hospital como um todo. Os serviços administrativos e de apoio ao diagnóstico e tratamento passaram a ter que incorporar novos procedimentos, dos mais simples aos mais complexos(a aquisição de material de consumo e permanente, até então não utilizados, a elaboração de determinados tipos de refeições também até então não necessárias, a realização de novos exames, etc.). Foi necessário introduzir maior agilidade nos procedimentos, compatível com as características das patologias e/ou estados, dos novos pacientes em tratamento no Hospital. O produto final - paciente atendido - passou a ser resultado da utilização e combinação, de uma série de sub-produtos hospitalares, o que requeria uma interdependência e comunicação muito maior entre as diferentes unidades de produção, do que quando era uma instituição asilar. Além disso, o ingresso de profissionais novos (tanto em relação à faixa etária, quanto ao tempo na organização), de especialidades até então inexistentes no Hospital, e com uma formação mais moderna, também significava a introdução de outra lógica de valores e de poder.

Possivelmente, a abertura da maternidade significou um fator facilitador e instigador do processo de transformação do perfil assistencial do Hospital. Entretanto, deve ter representado efetiva ameaça, pois ocasionou também, perda de espaço e poder(que aliás já vinha ocorrendo mesmo antes da inauguração da maternidade), para os funcionários mais antigos e para os profissionais da tisiopneumologia.

É preciso lembrar que o Hospital durante todos estes anos de funcionamento como um hospital da área de tisiopneumologia, desenvolveu uma cultura específica(um conjunto de valores, de crenças, de hábitos, de comportamentos e relacionamentos) e

também uma distribuição de poder particular, que de acordo com o que Motta(1989) ressalta, *"...podem não estar em harmonia ou concordância como os valores da comunidade ou do sistema maior..."* nos quais o Hospital se insere.

Não seria difícil supor que resistências iriam surgir. Não apenas determinadas pelas mudanças na estrutura formal e informal de poder no Hospital, como também derivadas das características da cultura até então prevalente(afinal, foram vinte e sete anos de funcionamento exclusivamente como um Sanatório). Neste sentido, o sentimento de apego ao passado é ressaltado por Motta(1987), como uma das características das organizações públicas. Para o autor, é comum nestas organizações existir uma

"busca de coerência histórica,...a agregação interna é baseada na lealdade à missão e aos programas que deram origem e imagem externa à instituição....Antes de se olhar para a frente e saber o que se tem que fazer, olha-se para trás para saber o que tem que ser mantido."

No caso do Hospital de Curicica, este sentimento era reforçado pela lembrança de que ele havia sido o maior e mais importante sanatório da América Latina, constituindo-se inclusive, num centro de referência para o ensino e tratamento da tuberculose. Era esta inclusive, a alegação dos grupos que defendiam o retorno às origens do Hospital, voltar a fazer aquilo que ele supostamente sabia fazer bem e que tinha lhe atribuído destaque.

O estudo de Perrow(1965) sobre os hospitais de saúde mental ajuda a compreender o processo de formação de resistências à mudanças nas instituições asilares. Neste estudo, o autor argumenta que nos hospitais psiquiátricos, parte do poder interno tende a situar-se junto àqueles que permanecem a maior parte do tempo com os pacientes e que realizam portanto, tarefa crítica para o hospital - os atendentes de enfermagem. Considerando que os sanatórios apresentavam características semelhantes aos hospitais psiquiátricos, no que tange ao caráter custodial e segregador do atendimento, é possível supor que nos sanatórios, as tarefas dos atendentes de enfermagem também

constituíam-se em atividades críticas(eram eles que passavam a maior parte do tempo com os pacientes). Assim, parte do poder existente na organização estava ali situado.

A mudança de perfil portanto, interferia nesta situação de poder. Deslanchava no hospital, um processo marcado por mudanças nos valores, crenças e hábitos que já estavam enraizados na sua cultura, e principalmente na distribuição e localização do poder existente. Novas tarefas ganhavam importância no hospital. Novas pessoas eram admitidas e novos valores e objetivos estavam colocados. Novos arranjos de poder eram constituídos.

Com a maternidade possivelmente, foram sendo cristalizados no interior do Hospital, os interesses contrários à redefinição de seu perfil assistencial. A mudança anterior, de tisiologia para pneumologia, deslocava menos a distribuição de poder existente(especialmente o poder dos tisiologistas, pois estes não deixavam de ser também pneumologistas), do que com a mudança implementada, por ocasião da abertura da maternidade. Embora aqueles interesses contrários já pudessem ter sido despertados desde o início do processo de transformação do Hospital, certamente foram afetados de forma mais definitiva, quando a maternidade foi inaugurada. A alteração imposta nos costumes, hábitos e fundamentalmente, na estrutura de poder prevalente no Hospital até então, propiciou a constituição de grupos de interesse no Hospital, compreendidos segundo Bacharach e Lawler(1980), como aqueles que têm consciência da coincidência de objetivos e destinos comuns na organização, e que em função disto, disputam o poder a fim de fazer prevalecê-los.

Utilizando-se a compreensão de Thompson(1976) sobre a distribuição interna do poder organizacional, é possível dizer que a complexificação do processo de trabalho ocorrida no Hospital de Curicica levaria a uma dispersão maior do poder organizacional. Considerando-se o momento de sua criação, o poder estaria mais concentrado, tendo em vista a pouca complexidade do trabalho que realizava.

A indefinição externa colocada em relação ao destino do Hospital, associada à

perda de recursos enfrentada pelo Hospital, propiciou a exarcebação e a confrontação consequente, de grupos com interesses e objetivos diferentes para o Hospital. Vários grupos de interesse, os especialistas da tisiopneumologia, os especialistas da maternidade, o grupo de dirigentes(até estes também divergiam quanto aos objetivos), apresentavam para o Hospital diferentes objetivos. Caracterizava-se assim, internamente, uma fragmentação do poder e segmentação de objetivos para o Hospital. A própria direção do Hospital, sem o respaldo de setores do ambiente externo, não possuía poder suficiente para direcionar o processo. Não havia mais a nível interno, um foco de poder concentrado, a coalizão interna poderia ser caracterizada neste momento, segundo Mintzberg(1983), como uma *"coalizão politizada"*.

A expressão dos conflitos existentes, era possível de ser observada na comparação entre aquilo que o Hospital dizia fazer, e o que de fato estava fazendo. Em inúmeros documentos oficiais(do próprio Hospital e de outras instituições) na época, o Hospital era apresentado como um hospital de clínicas básicas. Ao se analisar o perfil de morbidade apresentado pelo Hospital em 1991, é observado a diferença que Perrow(1961) fez entre objetivos oficiais e objetivos operacionais, ou seja, entre aquilo que era dito que o Hospital estava fazendo, e aquilo que de fato o Hospital estava desenvolvendo. Estes últimos, representando as tarefas cruciais do Hospital.

Evidencia-se segundo a análise do perfil de morbidade dos pacientes atendidos pelo Hospital, que em última instância, representava as atividades que de fato estavam sendo desenvolvidas, que ele constituía-se muito mais, num Hospital especializado na área materno infantil e de pneumologia, do que propriamente num hospital de clínicas básicas. O que significa dizer, que os objetivos de fato implementados no Hospital, foram aqueles relacionados aos interesses e tarefas dos dois mais importantes e poderosos grupos profissionais existentes no seu interior - os da pneumologia e os da materno-infantil.

A discrepância existente entre o que o Hospital de fato fazia e aquilo que dizia

fazer, evidenciado no quadro de morbidade no ano de 1991, poderia ser também explicada segundo a compreensão de Scott(1981) e Bacharach e Lawler(1980), sobre os objetivos organizacionais e a coalizão dominante. Para os autores, nenhum grupo sozinho, nem mesmo aquele que se caracteriza como a coalizão dominante, por si só, é capaz de determinar os objetivos da organização. Os objetivos organizacionais, desta forma resultam da interação e barganha entre a coalizão dominante, e as outras coalizões ou grupos de interesse existentes na organização e fora dela. Em última instância, não representam os objetivos iniciais, de nenhum dos participantes deste processo.

De certa forma, o perfil de morbidade do Hospital representava o desenvolvimento das atividades hospitalares possíveis de terem sido negociadas, ao longo do processo de transformação do perfil assistencial do Hospital. Representavam uma mudança de perfil, se considerado o inicial, ou seja, os objetivos iniciais haviam sido modificados, mas não ao ponto de representarem a alteração proposta e desejada por alguns. Ou seja, o que aconteceu de fato, não foi a implementação exclusiva dos objetivos da coalizão dominante, compreendidos como a transformação do perfil de um hospital especializado em pneumologia, para um hospital de clínicas básicas. O Hospital de fato, acabou por implementar, aquilo que foi possível no processo de interação entre as diferentes forças políticas existentes no seu interior. Continuou sendo um hospital de pneumologia, como eram os objetivos de sobrevivência daqueles grupos que visavam a manutenção do hospital de pneumologia. Mas também uma maternidade, como eram os objetivos de inovação e de ajuste às demandas do ambiente, bem como de sobrevivência da coalizão dominante.

Assim, os objetivos que de fato estavam sendo perseguidos, não eram os originais de nenhum grupo de dentro ou fora da organização, nem mesmo os da coalizão dominante, embora estes indubitavelmente, tivessem imprimido ao Hospital, novas características em seu perfil assistencial e portanto, condicionado mais do que quaisquer

outros grupos, o processo de definição e implementação dos objetivos do Hospital.

A situação do Hospital no período de 1990 e 1991, diferenciava-se daquela por ele experimentada em 1985, quando esteve ameaçado de fechamento. Primeiro, porque do ponto de vista externo em 1985, ele continuava sendo respaldado pelo GEL e não estava concretamente colocada a possibilidade de perder sua vinculação institucional com o Ministério. Além disso, do ponto de vista interno, havia uma articulação de forças, que tinha um objetivo comum, qual seja, assegurar a sobrevivência do Hospital. Já no período mais recente, além do enfraquecimento do GEL e da incerteza acerca da vinculação institucional do Hospital e de suas fontes de financiamento, acontecia no seu interior, uma desagregação considerável, motivada pela existência de diferentes e divergentes objetivos para o Hospital, e pela impossibilidade de simultaneamente atender todos eles. Estava colocada a necessidade de priorização de uns, em detrimento de outros.

Havia portanto, do ponto de vista externo e interno, uma situação de intensos conflitos, dada a inexistência de um foco de poder concentrado. No ambiente externo, estaria conformada uma *"coalizão passiva"*. No interior do Hospital, uma *"coalizão politizada"*. A coexistência destas coalizões teria resultado numa combinação considerada por Mintzberg(1983) como *"não natural"*, aquela na qual o poder encontra-se disperso pela intensidade de conflitos existente. Para o autor, a inexistência prolongada de um foco de poder concentrado externo ou interno, propicia o aparecimento de um estado difundido e permanente de intensos conflitos, onde a organização e os diferentes *"influentes"* tem a impressão de *"saltarem no vazio"*. Ou seja, a coalizão dominante parecia não existir, tornando-se impossível imprimir um rumo para a organização. Esta parecia ser a situação do Hospital.

Este momento da história do Hospital, poderia também ser compreendido segundo uma perspectiva natural. O Hospital como um sistema composto por diversos subsistemas, ao longo do tempo, naturalmente gerou no interior de cada subsistema

objetivos particulares relacionados à sua sobrevivência. Diferentes setores da organização, especificamente o serviço de pneumologia, desenvolveram necessidades próprias, relacionadas à luta pela sua sobrevivência.

Segundo Etzioni(1984), na organização ao longo do tempo,

"formam-se grupos de interesse na organização mais preocupados em preservar e construir a organização que em auxiliá-la a cumprir sua finalidade. Esses grupos de interesse utilizam os objetivos da organização ...como meios para seus objetivos pessoais"

Nesta situação segundo o autor, ocorre uma inversão de prioridades, o que determina uma desconsideração não apenas dos objetivos iniciais da organização, no caso, os objetivos de transformação do perfil assistencial do Hospital, como também do objetivo de eficiência. Aliás, a ineficiência havia sido então observada no Hospital pela sua direção e pela análise dos dados disponíveis de desempenho do Hospital, relativos a 1991.

Ainda, segundo uma perspectiva sistêmica, evidenciava-se que as alterações acontecidas no ambiente, repercutiam diretamente no processo de definição e implementação dos objetivos do Hospital. Naquele momento(1990 a 1992), estavam colocados condicionantes ambientais àquele processo, de ordem político-setorial, econômica e política mais geral. Havia uma indefinição quanto aos rumos da descentralização e municipalização, o que trazia como consequência para o Hospital, a indefinição de sua vinculação institucional e de suas fontes de financiamento. Concomitantemente, colocava-se uma restrição do aporte de recursos financeiros expressada pelo corte de recursos orçamentários e pela introdução de uma nova forma de repasse de recursos, vinculada e dependente da produção de atividades hospitalares. O que em parte, explicava a interrupção das obras da emergência. E finalmente, desenhava-se e manifestava-se uma política governamental que pretendia reduzir significativamente o papel do Estado no processo produtivo do país. Uma de suas manifestações foi a reforma administrativa já mencionada, que do ponto de vista do

Hospital, teve como consequência a perda de um número significativo de profissionais, concorrendo em parte, para a descaracterização do perfil assistencial, até então construído.

No entanto, no período mais recente(1993), a SMS foi progressivamente assumindo o papel de importante interlocutor do ambiente externo para o Hospital. Sofreu uma reestruturação interna, que criou Coordenações de Serviços para as diferentes APs do município. Embora à estas Coordenações estivessem vinculadas e subordinadas apenas os serviços de saúde municipais, considerado o possível cenário de municipalização, estas instâncias potencialmente passaram a ter importância para toda a rede de serviços. Em particular, na AP-4 e para o Hospital de Curicica, tornava-se a instância interlocutora com a qual a direção do Hospital passou a estabelecer negociações, conforme documento do Hospital, onde foi proposta a reabertura da maternidade em regime de co-gestão entre o Hospital/MS e a SMS.

Assim, o processo de redefinição e implementação de objetivos do Hospital ganhava novo fôlego com a possibilidade de uma composição com a Secretaria Municipal de Saúde. À Secretaria interessava que o Hospital viesse a lhe oferecer serviços que ela própria não conseguiria suprir na área. Necessitava de leitos obstétricos e neonatais e de leitos de suporte clínico e cirúrgico para o hospital de emergência a ser inaugurado. O Hospital de Curicica teria a estrutura básica para prestar este atendimento, principalmente no campo materno-infantil, já que lá havia funcionado uma maternidade.

Constituíam-se assim, uma área de dependência da SMS que poderia ser atendida pelo Hospital, pois não existiam outros leitos materno-infantis na AP-4, exceto aqueles que existirão por ocasião da inauguração do novo hospital Lourenço Jorge, mas que não serão suficientes para as necessidades da população da área. Esta parecia ser a oportunidade colocada no ambiente, a ser explorada pelo Hospital, a fim de garantir a sua sobrevivência. Já na área clínica e cirúrgica, outros hospitais da AP4, da própria

Secretaria teriam condições de oferecer suporte.

Por sua vez, o Hospital também encontrava-se numa situação de dependência em relação à Secretaria, já que dela parecia depender para reabrir a sua maternidade e para retomar o processo de transformação de seu perfil assistencial, no mínimo assegurando a sua sobrevivência.

Assim sendo, existia uma dependência mútua, mesmo que em graus diferenciados, entre o Hospital e a Secretaria. Estabelecia-se assim, uma relação de troca entre as necessidades do Hospital e as capacidades do ambiente em satisfazê-las, bem como entre as necessidades deste ambiente, e as capacidades do Hospital, mesmo que potenciais, em preenchê-las.

Parecia estar sendo conformada uma nova coalizão dominante em torno do Hospital. As propostas veiculadas pelos jornais de grande circulação, apontavam a disposição e a intenção do Ministério e da SMS, em reativar a maternidade do Hospital. A emergência parecia definitivamente, ou estratégica e temporariamente, afastada do projeto de transformação do Hospital. Talvez, a direção e outros grupos do Hospital ou mesmo de seu ambiente, continuassem considerando ser a implantação da emergência no Hospital, um objetivo a ser alcançado. No entanto, no processo de negociação e barganha que foi estabelecido com o Ministério e a SMS, o que resultou enquanto objetivos comuns entre os diferentes participantes, foi a reabertura da maternidade do Hospital. Era este de fato, o ponto sobre o qual, os diferentes interesses colocados convergiam. Todos precisavam que a maternidade fosse reaberta. A emergência era ao contrário, objeto de divergências e sobretudo, a SMS já estava construindo o seu hospital de emergência na AP-4.

A mencionada articulação entre o Hospital, a SMS e o próprio Ministério, poderia significar a oportunidade do Hospital participar ativamente da construção da viabilidade necessária para redefinição de sua vinculação institucional e de suas fontes de financiamento. Tal processo teria impacto ainda sobre a própria definição e

implementação de seus objetivos.

Em resumo, foi possível observar ao longo do período analisado, que vários fatores relacionados ao ambiente do Hospital, quer sejam tecnológicos, epidemiológicos, socio-culturais econômicos e/ou políticos, interferiram e condicionaram o processo de definição e implementação dos objetivos do Hospital de Curicica. A complexificação e incerteza crescentes destas condições, possivelmente contribuíram, não apenas para a complexificação do próprio processo de trabalho no interior da organização, como também do processo de definição e implementação de seus objetivos. A princípio, no momento da inauguração do Sanatório, as condições ambientais colocadas permitiam que o referido processo se apresentasse mais estável, com objetivos únicos e mais claramente definidos. Posteriormente, ao longo de sua história, tendo em vista as alterações ambientais, o processo de definição e implementação de objetivos do Hospital, tornou-se cada vez mais complexo, instável, ambíguo, onde os objetivos colocados para a organização eram múltiplos e por vezes conflitivos.

O processo de transformação de seu perfil assistencial, estaria explicado em parte, como uma adaptação e resposta, às demandas e condições de seu ambiente, tendo em vista assegurar a sobrevivência da organização. Em razão disto, ao longo do período considerado, diferentes setores operacionais deste ambiente, desenvolveram diversos padrões de troca com o Hospital, em função de seus objetivos e expectativas em relação a ele. Foram estabelecidas portanto, relações de dependência entre eles, quer porque aqueles setores dependiam do Hospital, quer porque o Hospital deles dependia.

Destas relações de troca, estabeleceu-se em alguns momentos da história do Hospital, um "*consenso de domínio*" entre os setores do ambiente e o Hospital. Foi então possível, definir e implementar objetivos para o Hospital, pois estava assim constituído um "*domínio viável*" para o Hospital, aquele que lhe assegurou a sobrevivência. O estabelecimento deste "*domínio viável*" foi portanto, fator crucial para

a definição e implementação do perfil assistencial do Hospital.

Considerando-se ainda segundo uma perspectiva natural, o perfil de fato implementado no Hospital, corresponderia aos seus objetivos reais e não àqueles primariamente estabelecidos. Os reais objetivos do Hospital, os que na verdade, foram buscados pela organização, eram o resultado das adaptações que visaram o atendimento das necessidades/objetivos gerados no interior dos diferentes subsistemas/partes componentes do Hospital(a maternidade era um, a pneumologia, outro).

Ainda segundo esta visão, foi possível identificar ao longo da história do Hospital, que seus integrantes enquanto um subsistema, também geraram objetivos próprios relacionados à satisfação de suas necessidades de auto-realização.

Portanto, de acordo com a perspectiva natural, diferentes objetivos foram colocados para o Hospital ao longo de sua história, relacionados à satisfação das necessidades particulares de seus integrantes, e de seus subsistemas bem como daquelas originadas nos setores operacionais de seu ambiente.

Explicações adicionais e complementares sobre este processo de transformação, são possíveis segundo uma perspectiva política. Ao longo da história do Hospital, estariam colocados diferentes objetivos relacionados aos interesses particulares de determinados grupos, localizados no seu ambiente externo e no seu interior. Foram várias as evidências nesta história, da existência de interesses e objetivos divergentes e coincidentes em relação ao Hospital, bem como de sua interferência no processo de definição e implementação dos objetivos daquela organização.

Foi possível observar que nos diferentes momentos da história do Hospital, em que houve uma redefinição de objetivos associada à sua implementação, existiu uma articulação entre grupos de interesse situados dentro e fora da organização, conformando assim uma coalizão dominante, a qual tinha para o Hospital objetivos coincidentes. Nos momentos em que o processo de transformação de perfil do Hospital foi paralisado ou retrocedeu, parecia inexistir uma coalizão dominante e

consequentemente, um foco de poder concentrado.

A constituição de uma coalizão dominante em torno do Hospital, evidenciou-se portanto, como uma condição necessária à definição e implementação de objetivos do Hospital. A sua inexistência, em determinados momentos desta história, pareceu colocar o Hospital a deriva. Onde é possível também supor, que as situações de "*vácuo de poder*" estabelecidas ao longo do período, em torno do Hospital, constituíram-se em fator de desagregação, paralisação e retrocesso na transformação do Hospital.

É possível supor também, que do ponto de vista interno, a coalizão incorporou os profissionais operadores do Hospital, já que este constitui-se numa organização profissional. O momento de maior desagregação interna, foi aquele que aparentemente expressaram-se diferentes coalizões internas, integradas por distintos grupos daqueles profissionais.

Esta compreensão permite dizer, que o Hospital não apenas reagiu como um organismo, às pressões de seu ambiente, mas agiu como um participante ativo, dentre outros integrantes, do processo de definição e implementação de seus objetivos. Precisando melhor, os diferentes grupos de interesse localizados no interior do Hospital, bem como sua direção, articulados numa coalizão, participaram ativamente, da construção de uma coalizão dominante. Portanto, com a coalizão interna, potencialmente estava dada a possibilidade de interferir e influenciar a coalizão externa com a qual interagiu. Em última instância, significando a possibilidade do Hospital influenciar seu ambiente. O Hospital e as outras organizações situadas em seu ambiente e que com ele estabelecem relações, incluindo a própria população, não são abstrações desprovidas de ação intencional. Representam os espaços concretos onde se materializam a confrontação e a negociação entre os diferentes interesses e objetivos, pelos diferentes grupos de interesse existentes. Negociação que no caso do Hospital se impôs, pois sem ela, tenderia a auto-destruição. A sobrevivência neste sentido, não foi

apenas um objetivo do Hospital a explicar seu processo de transformação. Foi também propósito, daqueles que em relação a ele tinham objetivos e lutaram por fazer prevalecê-los.

Este processo foi sobretudo, um processo de negociação entre os diferentes interesses colocados, e de acomodação dos consequentes conflitos existentes. Vários objetivos foram colocados para o Hospital, relacionados aos diferentes grupos de interesse existentes. Em última instância, os que foram de fato implementados no Hospital, foram aqueles que resultaram da barganha entre os diferentes grupos. Ou seja, da negociação estabelecida ao longo do tempo, no interior da coalizão dominante, e entre ela e outras coalizões e grupos de interesse, localizados no interior do Hospital e de seu ambiente. A rigor, os objetivos implementados, não representaram os que inicialmente foram colocados por quaisquer dos participantes, nem mesmo aqueles originais da coalizão dominante, embora estes indubitavelmente, tenham sido aqueles, que mais condicionaram e direcionaram o processo.

Ainda é possível dizer, que o processo de definição e implementação de objetivos do Hospital foi também condicionado e influenciado pelos valores, crenças, hábitos, comportamentos e relacionamentos singulares de uma cultura de uma instituição asilar, que durante vinte e sete anos prevaleceu no Hospital.

Apesar de se reconhecer que o processo de transformação do Hospital, pela sua condição de ser um processo político, esteve submetido a uma permanente transformação, foi possível também identificar, alguns momentos em que houve uma aparente estabilização deste processo, alcançada como consequência da conformação de uma coalizão dominante. Foram momentos em que de fato, implementou-se objetivos no Hospital relacionados ao seu perfil assistencial(por ocasião de sua criação, quando tornou-se um hospital de pneumologia e finalmente, quando ocorreram as iniciativas para sua transformação em hospital de clínicas básicas). Possivelmente, nestes períodos de estabilização da coalizão e de objetivos, introduziu-se uma lógica instrumental em

todo o processo. Ou seja, uma vez conquistadas as condições para a definição de objetivos para o Hospital, e também asseguradas as condições de sua implementação, tentou-se alcançá-los da maneira mais racional possível.

Por último, é possível dizer também que os objetivos colocados e de fato implementados no Hospital, foram, embora não somente, resultantes dos objetivos de seus dirigentes. Houve portanto, uma certa identificação entre os objetivos da organização e de seus dirigentes. Estes, por sua vez, tiveram também como objetivo para o Hospital, dentre outros, o alcance de sua eficiência. Houve nos discursos e intenções de diferentes dirigentes do MS(inclusive com a recente iniciativa de introdução nas unidades públicas do mecanismo de financiamento mediante a produção), do GEL, e da direção do Hospital de Curicica, uma preocupação em introduzir no Hospital e demais organizações públicas, uma lógica mais instrumental, visando alcançar uma maior eficiência, necessária inclusive à sua sobrevivência.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

São vários os aspectos que simultaneamente interferem na definição e implementação dos objetivos das organizações públicas de saúde, o que lhes confere particular complexidade.

Um deles é a estreita dependência e imbricamento destas organizações com seu ambiente. Estas, são em parte, instrumentos viabilizadores de objetivos da Política de Saúde, que por sua vez, está condicionada e limitada pela definição mais geral da agenda de prioridades do governo federal e da consequente política econômica. Além disso, estão inseridas no contexto da administração pública, fato que confere ao seu processo de definição e implementação de objetivos, um caráter de transitoriedade e descontinuidade, além de particulares contradições, ambiguidades, indefinições e incertezas. Por outro lado, seus produtos e serviços precisam estar ajustados às condições do desenvolvimento tecnológico, bem como às características epidemiológicas e demandas da população que atende.

Mais um importante aspecto a ser considerado, também decorrente de uma visão sistêmica, refere-se ao fato que as organizações públicas de saúde compõem um conjunto, ou seja, uma rede de serviços de saúde, que deve estar articulada e integrada, de forma a que cada organização tenha um papel a cumprir, complementar em relação às outras. Consequentemente, a definição do perfil assistencial de uma organização de saúde, ou seja, a identificação de seus objetivos relativos ao tipo de produtos e serviços a serem ofertados à população, precisa ser estabelecida de forma articulada com o perfil de outras unidades componentes desta rede. O processo de definição de objetivos de uma organização pública de saúde deve estar submetido a uma definição mais ampla, decorrente dos objetivos da rede na qual se insere, e consequentemente, do papel que deve desempenhar, tendo em vista as outras unidades componentes desta rede.

Não podem ter portanto, objetivos que se definam apenas internamente em cada organização, o que levaria a iniciativas desencontradas e desintegradoras. É necessário algum nível de regulação externa a fim de assegurar a integração e o equilíbrio do Sistema de Saúde como um todo.

As organizações públicas de saúde enquanto subsistemas que integram um sistema maior, atendem às necessidades geradas no seu ambiente, quer pela população, quer por outras organizações, e também àquelas originadas nos seus subsistemas internos, inclusive às relacionadas à satisfação das necessidades individuais de seus integrantes.

Todas estas condições precisam ser consideradas e monitoradas, pois condicionam e interferem nos objetivos das organizações públicas de saúde. Impõem a estas organizações, velocidade e flexibilidade nos ajustes e na redefinição de seus objetivos, tendo em vista a sua sobrevivência e seu crescimento.

Mais um aspecto a ser considerado, é a existência, dentro e em torno das organizações públicas de saúde, de diferentes interesses e objetivos relacionados às pessoas e aos grupos que integram e circundam estas organizações. Grupos que em relação a elas têm objetivos e competem entre si, bem como associam-se, para fazer prevalecer seus objetivos na organização como um todo.

O aparecimento de conflitos é portanto, uma consequência natural da coexistência de diferentes interesses. O que não significa dizer, que a tendência colocada para estas organizações seja de auto-destruição, pela prevalência e intensidade dos conflitos existentes. Estas organizações na verdade, abrigam um processo dinâmico em permanente transformação, onde a barganha e o conflito são aspectos indissociáveis entre si e inerentes à vida organizacional.

Assim, a definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde, constitui-se sobretudo, num processo de negociação e barganha entre os diferentes grupos de interesse, que têm objetivos para estas organizações. Estes grupos, quando cientes de não ter poder suficiente, para sozinhos, definir os rumos da

organização, articulam-se e conformam uma coalizão dominante, qual seja, aquela que circunstancialmente reúne maior poder, para fazer prevalecer seus objetivos perante os demais objetivos colocados, e desta forma condicionar mais fortemente o processo de definição e implementação dos objetivos organizacionais. Coalizão esta, composta por integrantes do ambiente operacional da organização e por membros da organização, em particular, a gerência superior e o seu núcleo de operadores(os profissionais dos quais a organização depende para funcionar). Ela transforma-se ao longo do tempo, quer por alterações na coalizão externa, quer na coalizão interna(seus integrantes mudam ou o poder que cada um detém pode mudar). O poder portanto, deve ser compreendido como situacional e volátil, decorrente das relações de dependência que se estabelecem entre os diferentes grupos e pessoas. A percepção da dependência e do poder numa situação relacional é fator fundamental na articulação e formação da coalizão dominante.

Alterações na distribuição do poder, ocasionam modificações na coalizão dominante e conseqüentemente, nos seus objetivos para a organização. É a partir da negociação que se dá no interior desta coalizão e entre ela e as demais coalizões e grupos, que resultam os objetivos da organização e a viabilidade necessária à sua implementação.

Em última instância, a estrutura de poder interna e externa à organização e, por consequência, os objetivos organizacionais, estão submetidos a um potencial e emergente estado de transformação.

É inclusive, no processo de barganha que acontece no interior da coalizão dominante, que a organização representada pelos grupos de interesse que nela se localizam, pode influenciar ativamente no processo de definição de seus objetivos e conseqüentemente, através da interação com os grupos externos, influenciar seu ambiente.

É preciso construir permanentemente junto aos grupos e coalizões internas e

externas à organização, o apoio e a aderência necessários à definição e à implementação de objetivos organizacionais, os quais podem advir de uma maior concordância e identificação com os objetivos da organização e/ou da concordância em relação aos benefícios que cada participante obtém neste processo(CYERT E MARCH, 1963).

Do ponto de vista do apoio interno, vale ressaltar a necessidade de incorporar nesta articulação de forças, os grupos profissionais que detém parte do poder nestas organizações, em razão da centralidade que tem as tarefas que desenvolvem e da impossibilidade de substituí-las por outras. Suas tarefas são indispensáveis à organização para o alcance de seus objetivos, e apenas eles têm as habilidades e o conhecimento técnico necessários para desenvolvê-las.

A conformação desta coalizão torna-se absolutamente necessária para a definição e implementação de objetivos nas organizações pública de saúde. Estas, por constituírem-se em organizações profissionais, convivem com uma grande dispersão do poder interno. Além disso, por pertencerem a administração pública, e serem extremamente dependentes deste setor ambiental, para a definição e implementação de seus objetivos, lidam também, com uma importante dispersão de poder externo, tendo em vista a existência de vários grupos de interesse no interior da máquina pública. Esta situação de dispersão potencial de poder, exige a identificação de mecanismos que permitam concentrar o poder, de forma suficiente para assegurar aquele processo. A coalizão dominante constitui-se assim, neste mecanismo. Esta seria a maneira de enfrentar-se um contexto onde a indefinição e a descontinuidade de objetivos organizacionais constitui-se numa característica quase que natural destas organizações. Por tudo isto, a conformação desta coalizão também se reveste de considerável complexidade.

A importância da conformação da coalizão dominante, reside na garantia da existência de uma articulação de forças, internas e externas, suficiente e necessária para assegurar a definição e implementação de objetivos organizacionais. Consequentemente, a inexistência desta coalizão, poderá inviabilizar a definição a

implementação de objetivos nestas organizações, deixando-as a deriva.

O processo de definição de objetivos de uma organização é sobretudo um processo político. As resoluções dele originadas representam a correlação possível das forças atuantes num dado momento da história da organização. Em razão disto, compromissos e apoio precisam ser continuamente gerados e redefinidos, não apenas no momento de definição de objetivos da organização, mas também por ocasião de sua implementação(MOTTA, 1990). Mudanças nesta correlação de forças poderão implicar em modificações nos objetivos anteriormente acordados.

Em última instância, as organizações públicas de saúde representam o espaço, onde interagem os mais variados interesses e objetivos, relacionados à pessoas e grupos que as integram e que se localizam no seu ambiente. Portanto, os objetivos organizacionais são os objetivos destas pessoas e grupos, os quais têm um conjunto de expectativas em relação a elas. Enquanto expectativas, constituem-se em estados desejados e exigem para tornar-se realidade, algum nível de compartilhamento de interesses e objetivos. Igualmente exigem a acomodação dos conflitos, entre estas pessoas e grupos que possuem algum poder e importância na definição dos rumos da organização.

Os objetivos que resultam deste processo e que são os objetivos que acabam por ser implementados, não são exatamente iguais aos objetivos inicialmente desejados por cada um dos integrantes da coalizão dominante ou por qualquer outro participante deste processo.

Há também uma racionalidade instrumental no processo de definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. Para assegurar o poder e a sobrevivência da coalizão dominante, é necessário que as resoluções oriundas deste processo sejam implementadas da maneira mais racional possível. Mesmo reconhecendo-se a impossibilidade de alcançar-se uma racionalidade instrumental completa e acabada, é necessário que, para um conjunto de serviços e atividades, de acordo com um dado nível de complexidade tecnológica que caracteriza o perfil

assistencial destas organizações, derivem objetivos específicos para cada um dos seus setores componentes. Metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas por cada setor e pela organização como um todo, precisam também ser identificadas. Por sua vez, este processo racional é também dinâmico, porque está inserido num processo de negociação permanente entre a coalizão dominante e as diferentes coalizões e grupos existentes no interior da organização.

Portanto, reconhecer que os objetivos organizacionais estão relacionados aos interesses, não significa negar a existência dos objetivos de eficiência e sobrevivência identificados pelas perspectiva racional e natural. Só que estes, também são objetivos relacionados à pessoas e grupos com objetivos para a organização. Quaisquer que sejam seus objetivos, alcançá-los com eficiência, constitui-se numa forma de assegurar sua sobrevivência e acumular poder para influenciar mais ainda, o processo de definição e implementação de objetivos nas organizações.

Em síntese, o processo de definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde é um processo político, natural e racional. Político, porque tem que considerar e negociar com as diferentes grupos existentes que detém poder e que em relação à organização, têm interesses e objetivos. Natural, porque também precisa levar em conta as condições e demandas ambientais e com este ambiente estabelecer relações de troca. A própria concepção de coalizão dominante supõe uma interação da organização com seu ambiente, pois os grupos do ambiente externo interagem com aqueles situados no interior da organização, influenciando ativamente o processo de definição e implementação de objetivos organizacionais. Por último, é também um processo racional, porque para implementar quaisquer objetivos na organização, impõe-se alguma racionalidade instrumental. E no caso específico da organizações públicas de saúde, esta racionalidade se coloca ainda mais fortemente como necessária. Elas têm um papel e dever sociais a cumprir, qual seja, de responder de forma eficiente e eficaz às necessidades de atendimento da população. Papel este, que complexifica-se e ao

mesmo tempo torna-se ainda mais necessário, ao considerar-se o contexto de crise econômico-social, que simultaneamente lhes impõe uma dupla e paradoxal exigência: produzir mais e melhores serviços, e utilizar menos recursos. Para tanto, minimamente precisam ter o mais claro possível, os objetivos que desejam alcançar, para que em torno deles possam direcionar seus esforços.

Portanto, compreender a complexidade que reveste o processo de definição e implementação de objetivos nestas organizações tem uma suposição e um sentido. Pressupõe-se que os fenômenos organizacionais para melhor serem compreendidos, precisam ser considerados e analisados segundo diferentes perspectivas, pois quanto mais abrangente e diversificado for um diagnóstico, maior será a capacidade de criar e construir alternativas de ação. No caso específico, minimizar as condições adversas que eventualmente dificultem a definição e implementação de objetivos nestas organizações.

As inúmeras particularidades e dificuldades colocadas, quer no contexto político mais geral, quer no político-institucional, ou mesmo no organizacional, embora indubitavelmente impactem a realidade destas organizações, não podem constituir-se em fatores paralisantes. Mesmo considerando-se que o meio social mais amplo condiciona em parte a realidade organizacional, é importante reconhecer também, que ele não a determina por completo. Os indivíduos enquanto seres ativos, intencionalmente direcionados, são responsáveis pela construção daquela realidade. Na sua interação, são estabelecidos "*pactos normativos*", que em última instância, preservam ou modificam a realidade(RIVERA, 1990). Por esta razão, pressupõe-se que os indivíduos e grupos que integram as organizações públicas de saúde e setores de seu ambiente, podem interagir entre si, e modificar as condições que hoje prevalecem nestas organizações.

Por último, tem-se também como pressuposto, que os dirigentes destas organizações têm um papel crucial no processo de definição e implementação de objetivos organizacionais. São eles, os principais articuladores dos diferentes interesses

e forças políticas existentes no interior das organizações e de seu ambiente, por serem eles, os que estabelecem as principais relações de interface entre a organização e seu ambiente.

Além disso, eles são também, os principais responsáveis por fazer com que as coisas aconteçam nas suas organizações. Porém, como não são quaisquer coisas que precisam acontecer. É necessário que os dirigentes tenham sempre em mente, os objetivos, o estado futuro desejado para a organização. A cada decisão e ação decorrente, deve existir um quadro de referências que permita uma avaliação da necessidade de ajustes, quer na direção que a organização está assumindo, quer nos seus objetivos. Ter em mente, na administração do dia a dia, os resultados a serem atingidos é ter uma visão estratégica e integrada do planejamento e da ação. Nem planejar o futuro descolado das ações cotidianas, nem apenas administrar a crise do dia(MOTTA, 1990). Não que se tenha a pretensão de aprisionar, controlar ou uniformizar a realidade organizacional. Porém, até mesmo por reconhecer a coexistência de diferentes racionalidades em permanente conflito, no interior das organizações e também no seu ambiente, é necessário que seus dirigentes busquem imprimir uma racionalidade instrumental à dinâmica organizacional.

Os dirigentes precisam ter a compreensão de que a organização é um sistema político, e que sendo eficiente, pode melhor assegurar sua sobrevivência e possibilidade de negociação e barganha com os demais atores que têm interesses e poder em relação à organização. E que além disso, ela precisa permanentemente adaptar-se às alterações ambientais, políticas, tecnológicas, epidemiológicas e socio-culturais. Tais lógicas são os ingredientes mínimos necessários, para que estes dirigentes busquem imprimir uma racionalidade técnica maior, ao processo de negociação e barganha interna e externa, de modo a assegurar a definição e implementação dos objetivos organizacionais.

Segundo Motta(1991), *"a formulação de objetivos organizacionais deve ser assim um processo contínuo, sistemático, realista e pragmático de conhecer e intervir na*

realidade", realizada de forma integrada e indissociada da própria implementação de objetivos. Deve-se tentar definir objetivos organizacionais da forma mais clara possível, o que não elimina a sua condição de "*ambíguos, arbitrários, mutáveis*" e portanto, inacabados.

Para finalizar, espera-se que a análise realizada, tenha evidenciado a importância de compreender-se as organizações públicas de saúde e seus processos, a partir de uma perspectiva plural e integradora. Na realidade, estas organizações podem ser consideradas simultaneamente, como uma máquina que deve funcionar da maneira mais eficiente possível, como um organismo que busca adaptar-se para sobreviver, como uma cultura cujas crenças, valores e comportamentos interferem nos seus processos e como um sistema político permeado de contradições e conflitos, e também sujeito a um estado potencial e emergente de transformação.

Além disso, que tenha permitido trazer subsídios, para os dirigentes das organizações públicas de saúde, acerca da importância e da complexidade que reveste o processo de definição e implementação de objetivos em suas organizações. Sua compreensão mais adequada, poderá permitir àqueles atores, construir as condições necessárias, para interferindo ativamente no próprio processo, reverter ou minimizar a situação hoje vivenciada por boa parte das organizações públicas de saúde e por seus dirigentes. Uma realidade onde a indefinição e/ou a pouca clareza de objetivos organizacionais, constitui-se num dos fatores a contribuir para a ineficiência e ineficácia existente naquelas organizações.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLISON, Graham, T. Model III: Governmental Politics, in ZEY - FERREL, Mary & AIKEN, Michael. Complex Organizations Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.
- ASTLEY, W. G. e VAN de VEN, A. H. Central Perspectives and Debates in Organizational Theory, Administrative Science Quarterly, vol 28, nº 2, 1983.
- BACHARACH, Samuel, LAWLER, Edward. Power and Politics in Organizations, The Social Psychology of Conflict, Coalitions, and Bargaining, USA, 2ª ed, Jossey-Bass Publishers, 1980.
- BENSON, J. Kenneth. Organizations: A Dialectical View in ZEY - FERREL, Mary & AIKEN, Michael. Complex Organizations Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.
- CALDAS, C. Sugestões para Nova Orientação da Campanha Nacional contra a Tuberculose em face aos Recentes Progressos Terapêuticos in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações decorrentes desses Trabalhos, RJ, 1955.
- CAMPOS, Anna Maria. Em Busca de Novos Caminhos para a Organização, Revista de Administração Pública(RAP), RJ, 15(1), FGV, 1981.
- ----- . Contribuição para o Resgate da Relevância do Conhecimento para a Administração, trabalho apresentado no seminário Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.
- CAMPOS, A. P., MELLO, G. F. Organização do Serviço de Contabilidade no Conjunto Sanatorial de Curicica, Avaliação do Rendimento e do Custo dos

Serviços(1952-1954), in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações decorrentes dêsses Trabalhos, RJ, 1955.

- CHIAVENATO, Idalberto. Teoria Geral da Administração, SP, vol 2, 2ª ed, McGraw-Hill, 1976.

- CHORNY, A. H. et al. Contribuição para o Processo de Integração e Hierarquização dos Seviços Públicos de Saúde na Região Barra- Jacarepagua - AP-4, RJ, 1982 (a).

- CHORNY, A. H. et al. Consolidado de Documentos Produzidos pelo Convênio UERJ/IMS - CNCT/SNPES, Curicica, RJ, 1982 (b).

- CONSELHO ZONAL BARRA-JACAREPAGUA. Documento encaminhado às Associações de Moradores, RJ, março de 1985.

- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, RJ, Editora Reluz, 1988.

- CYERT, Richard & MARCH, James. A Behavioral Theory of the Firm, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1963.

- DAFT, Richard L. Organization Theory and Design, Saint Paul, 4ª ed, West Publishing Company, 1992

- DALCOMO, Margareth. De Sanatório à Hospital Geral: a História de Curicica, matéria publicada em revista de âmbito hospitalar, ano II, no1, RJ, maio de 1988.

- DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, RJ, 2a ed., Fundação Getúlio Vargas, 1987.

- DONABEDIAN, Avedis. La Calidad de la Atencion Médica: Definición y Métodos de Evaluacion, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.

- DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências, RAP, RJ, nº 2, vol.26, FGV, 1992.

- ESCOREL, Sara(coordenadora). Avaliação Comparativa do processo de Implantação

e Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) - Estado do Rio de Janeiro, 2o relatório de pesquisa realizado pelo Núcleo de Estudos Políticos Sociais de Saúde(NUPES) - DAPS/ENSP/FIOCRUZ, RJ, 1990.

- ETZIONI, Amitai(organizador). Organizações Complexas - Um Estudo das Organizações em Face dos Problemas Sociais, SP, cap. 3, ed. Atlas, 1967.

- ETZIONI, Amitai. Organizações Modernas, SP, 7ª ed., Ed. Pioneira, 1984.

- GEL/CEAP-4. Plano Diretor da AP-4 1988-1989, RJ, 1988.

- GEL/CEAP-4. Relatório Final do 2º Encontro Popular de Saúde Barra/Jacarepagua, RJ, Junho de 1987.

- GEL AP-4. Documento encaminhado à CIS-RJ em janeiro de 1985.

- GEORGIU, Petro. The Goal Paradigm and Notes toward a Counter Paradigm in ZEY-FERREL, Mary & AIKEN, Michael. Complex Organizations: Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.

- GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, SP, Ed. Atlas, 1988.

- GRUPO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA(GSE)/ CORPO DE BOMBEIROS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Perfil de Atendimento do GSE na AP-4, agosto de 1989 a julho de 1990, RJ.

- HALL, Richard. Organizations, Struture and Process, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1972.

- HIJJAR, Miguel Aiub. Aspectos Gerais do Controle de Tuberculose numa População Favelada - Favela do Escondidinho do Rio de Janeiro, tese de mestrado apresentada ao curso de pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade do Rio de Janeiro, RJ, 1985.

- HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA. Publicação Informativa sobre o conjunto sanatorial de Curicica, elaborado pelo serviço social do Sanatório, sem data.

- HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA. Movimento da Unidade de Internação, RJ, 1981.

- HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA. Documento sobre a Implantação da Emergência, RJ, 1991.
- HOSPITAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA. Caracterização do Sítio-piloto, RJ, março de 1992.
- JOHNSON, H. C. e SCHULZ, R. Administração de Hospitais, SP, tradução PROAHSA, SP, Ed. Pioneira, 1979.
- JORNAL DA AP-4. Curicica: da Tuberculose para Hospital Geral, abaixo assinado, ano1, no2, RJ, outubro de 1989.
- JORNAL DO BRASIL. Curicica Protesta contra Dispensas, RJ, matéria publicada em 27 de junho de 1990.
- JORNAL DO BRASIL. INAMPS Vai Exonerar Cerca de Mil, RJ, matéria publicada em 20 de fevereiro de 1993.
- JORNAL DO BRASIL. Governo Quer Acabar com o INAMPS, RJ, matéria publicada em 9 de junho de 1993.
- JORNAL DO BRASIL. A Fonte e o Ralo, matéria de Regina Zappa publicada na coluna "Coisas da Política" em 21 de junho de 1993.
- JORNAL DO BRASIL. A Modernidade de Tacape e Borduna, matéria de Regina Zappa publicada na coluna "Coisas da Política" em 06 de dezembro de 1993.
- JUNQUEIRA, Luciano P. e INOJOSA, Rose Marie. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Em Busca de uma Lógica de Eficácia, RAP, RJ, 26(2), 1992.
- KARPIK, Lucien. Organizations, Institutions and History, in ZEY-FERREL, Mary, AIKEN, Michel. Complex Organizations: Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.
- KINDIG, David et al. Casos em Administracion de Servicios de Salud: um Enfoque para la Solucion de Problemas, México, University of Wiscosin - Madison, AUPHA, 1989.
- LAWRENCE, Paul R. e LORSCH, Jay W. As Empresas e o Ambiente -

Diferenciação e Integração Administrativas, tradução de Francisco M. Guimarães, RJ, Editora Vozes, 1973.

- LEVINE, Sol e WHITE, Paul E. Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships, Administrative Science Quarterly, v.5, 1961, p.583-601.

- MALIK, Ana Maria. Processo Decisório em Instituições de Saúde, tese de mestrado, EASP-FGV, 1983.

- MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. Desenhando um Caminho Alternativo para a Gerência de Serviços de Saúde, trabalho apresentado no seminário Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.

- MARINHO, Maria de Salette Corrêa. A Questão dos Objetivos nas Organizações, RAE 30(2), S.P., abr/jun 1990.

- MENDES, Eugênio Villaça. Sistemas Locais de Saúde, mimeo, 1989.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde, SP-RJ, Hucitec-Abrasco, 1992.

- MPAS/INAMPS. Portaria no 3046 de 20 de julho de 1982.

- MPAS/MS/SESH/SMS/SEDS/CEAP. Ações Integradas de Saúde, Área de Planejamento 4, Plano Diretor da AP-4, RJ, 1986.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Proposição de Diretrizes: Uma contribuição do Ministério da Saúde(versão preliminar), documento elaborado para a 7ª Conferência Nacional de Saúde, mimeo, s/ data.

- -----, SUS - Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir a Lei e Fazer Cumprir a Lei, Brasília, 1993.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. Diretrizes e Linhas de Ação da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Brasília, 1980.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE/DIVISÃO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA. A Política de Controle da Tuberculose no Brasil: do Serviço Nacional de Tuberculose à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, 1ª parte, Brasília, 1981 (a).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE/DIVISÃO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, convênio INAMPS//SES/MS, Avaliação das Atividades Realizadas em 1981, anexo 18, 2ª parte, Brasília, 1981 (b).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE/DIVISÃO DE PLANEJAMENTO. Programação para o IV Encontro de Planejamento Hospitalar e II Encontro de Dirigentes de Unidades Hospitalares do Ministério da Saúde, RJ, setembro de 1984.
- -----, Manual de Informações sobre Atividades Hospitalares, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1985.
- MINTZBERG, Henry. Mintzberg on Management - Inside our Strange World of Organizations, NY, The Free Press, 1989.
- -----, Power In and Around Organizations, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc., 1983.
- MORGAN, Gareth. Images of Organizations, USA, 3ª ed, Sage Publications, Inc., 1991.
- MOTTA, P. R. Alguns Desafios Administrativos na Gestão Pública de Saúde, trabalho apresentado no seminário Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.
- -----, Gestão Governamental: a Busca de uma Definição e de uma Unidade de Análise, síntese da palestra realizada na FUNDAP, SP, mimeo, 1989.
- -----, A Gestão Contemporânea: A Ciência e Arte

de ser Dirigente, RJ, Ed. Record, 1991

- ----- . Capacitacion y Desarrollo Gerencial para el Sector Salud, documento apresentado na reunião "Nuevos Enfoques en la Enseñanza de la Administracion de Salud", mimeo, RJ, 1985.
- ----- . Planejamento Estratégico em Organizações sem Fins Lucrativos: Considerações sobre Dificuldades Gerenciais, RAP, FGV, RJ, 13 (3), 1987.
- ----- . Visão Contemporânea da Teoria Administrativa, RAP, 13(1), RJ, 1979.
- MOTTA, P.R. e CARAVANTES, Geraldo. Planejamento Organizacional, Dimensões Sistêmico-Gerenciais, RJ, FGV, 1979.
- MUNIZ, E., CAMPOS, A. P. Projeto de Organização do Conjunto Sanatorial de Curicica, in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações decorrentes desses Trabalhos, RJ, 1955.
- O GLOBO. Curicica não tem Verba para Acabar o Hospital, RJ, matéria publicada em 15 de março de 1990.
- O GLOBO. César Quer Reabrir o Hospital em Curicica, RJ, matéria publicada em 06 de fevereiro de 1993
- PERRONE, O. R. Leitos para Tuberculose no Brasil, in SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE/CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, Trabalhos apresentados ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Conclusões e Recomendações decorrentes desses Trabalhos, RJ, 1955.
- ----- . Armamento Hospitalar no Brasil, Divisão, de Organização Hospitalar, prefácio, Departamento Nacional de Saúde, MS, RJ, 1958.
- PERROW, Charles. Análise Organizacional, Um Enfoque Sociológico, SP, Ed. Atlas, 1972.
- ----- . Goals in Complex Organizations, American Sociological Review, vol

26, nº 6, 1961.

- ----- . Hospitals, Technology, Structure and Goals, in MARCH, James. Handbook of Organizations, Chicago, Rand McNally & Company, 1965.

- PRESTES MOTTA, F. Teoria da Administração: Alcances, Limites e Perspectivas, trabalho apresentado no seminário

Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.

- ----- . Teoria das Organizações - Evolução e Crítica, São Paulo, Pioneira Editora, 1986.

- RAMOS, Guerreiro. Administração e Contexto Brasileiro, RJ, Fund. Getúlio Vargas, 1983.

- RING, Peter S. and PERRY, James. Strategic Management in Public and Private Organizations: Implications of Distinctive Contexts and Constraints, Academy of Management Review, vol 15, nº 3, 1990.

- SCOTT, W. R. Organizations: Rational, Natural and Open Systems, Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, 1981.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Bases para a Organização da Rede Pública de Serviços na Cidade do Rio de Janeiro, RJ, 1991.

- SHORTELL, Stephen M. and KALUZNY, Arnold D. Health Care Management, A Text in Organization Theory and Behavior, NY, 2ª ed, Delmar Publishers Inc, 1988.

- SILVERMAN, David. The Theory of Organization: a Social Framework, NY, Basic Books, 1971.

- SIMON, Herbert. Comportamento Administrativo, RJ, Fund. Getúlio Vargas, 1979.

- SOUZA CAMPOS, Gastão Wagner. A Gestão enquanto Componente Estratégico para a Implantação de um Sistema Público de Saúde, trabalho apresentado no seminário Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias

para o Desenvolvimento Gerencial, ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.

- SOUZA, Rafael de Paula. Revista Brasileira de Tuberculose, nº 133 a 135, janeiro a junho de 1951.

- STEVENSON, William B., PEARCE, Joan L., PORTER Lyman W. The Concept of Coalition in Organization Theory and Research, Academy of Management Review, 10, 1985, p.256-68.

- STRAUSS, Anselm. Summary, Implications, and Debate, in ZEY-FERREL, Mary, AIKEN, Michael. Complex Organizations: Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.

- TEIXEIRA, E. B. et al. Diagnóstico do Grupo de Trabalho Constituído pela Portaria Ministerial no 195, publicada no D.O. de 02 de maio de 1986, referente à proposta de adequação do Hospital Raphael de Paula Souza como referência ao Sistema de Saúde da região Barra/Jacarepagua.

- TEMA. publicação do projeto RADIS, Reunião, Análise, Difusão de Informações sobre Saúde, ENSP/FIOCRUZ, dezembro de 1982.

- THOMPSON, J. D. Dinâmica Organizacional, SP, Ed McGraw Hill do Brasil, 1976.

- THOMPSON, J. D. & MCEWEN, Williams. Objetivos Organizacionais e Ambiente, in ETZIONI, Amitai. Organizações Complexas - Um Estudo das Organizações em Face dos Problemas Sociais, Ed Atlas, SP, 1967.

- TOBAR, Federico e REIS, Otávio. Previdência Social/Financiamento da Saúde, NUPES, ENSP, FIOCRUZ, mimeo, RJ, 1993.

- URIBE RIVERA, Francisco Javier. Agir Comunicativo e a Planificação Estratégica no Setor Social e Sanitário: Um Contraponto Teórico, tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de doutor, RJ, 1991.

- WAHRLICH, Beatriz M. de Souza. Uma Análise das Teorias de Organização, RJ, FGV, 1986.

- WEIK, Karl. Educational Organizations as Loosely Coupled Systems, in ZEY-

FERREL, Mary, AIKEN, Michael. Complex Organizations: Critical Perspectives, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1981.

- YIN, Robert K. Case Study Research - Design and Methods, USA, Sage Publications, 1986.