

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP
Especialização em Gestão em Saúde

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SUS

Pedro Ribeiro Barbosa
Antônio Ivo de Carvalho



2012
2ª edição

© 2012. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Todos os direitos reservados.

A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do(s) respectivo(s) autor(es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, através da UFSC. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

1ª edição – 2010

B238o Barbosa, Pedro Ribeiro
 Organização e funcionamento do SUS / Pedro Ribeiro Barbosa, Antônio Ivo de Carvalho.
 – 2. ed. reimp. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]
 : CAPES : UAB, 2012.
 188p.

 Inclui bibliografia
 Especialização em Gestão em Saúde
 ISBN: 978-85-7988-058-2

 1. Saúde - Administração. 2. Serviços de saúde. 3. Saúde Pública – Planejamento.
 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Educação a distância. I. Carvalho, Antônio Ivo de.
 II. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). III. Universidade
 Aberta do Brasil. IV. Título.

 CDU: 614.35

Catálogo na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS

Universidade Federal de Santa Catarina

METODOLOGIA PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Universidade Federal de Mato Grosso

AUTORES DO CONTEÚDO

Pedro Ribeiro Barbosa

Antônio Ivo de Carvalho

EQUIPE TÉCNICA

Coordenador do Projeto – *Alexandre Marino Costa*

Coordenação de Produção de Recursos Didáticos – *Denise Aparecida Bunn*

Capa – *Alexandre Noronha*

Ilustração – *Adriano S. Reibnitz*

Projeto Gráfico e Editoração – *Annye Cristiny Tessaro*

Revisão Textual – *Patricia Regina da Costa*

SUMÁRIO

Apresentação.....	7
Unidade 1 – Princípios da Gestão em Saúde: uma abordagem introdutória	
Princípios da Gestão em Saúde: uma abordagem introdutória.....	13
Atributos da Gestão em Saúde.....	21
Unidade 2 – Administração Pública em Saúde e Modelos Aplicáveis a Serviços de Saúde	
Introdução.....	35
Condicionantes da Constituição de 1988 e as Políticas Reformistas Subsequentes.....	39
O Público e o Privado no Estado e na Saúde.....	44
Uma Realidade de Gestão Estrangulada pelos Limitados ou Inseguros Modelos, ao Lado de Novas Tendências e Desafios.....	46
Os Diversos Modelos Praticados Atualmente nos Serviços de Saúde e em Especial nos Hospitais.....	49
Premissas e Parâmetros para Modelos Eficientes.....	61
Perspectivas para uma Nova Figura Jurídica no Interior da Administração Pública Brasileira.....	66

Unidade 3 – Características das Organizações Públicas de Saúde

Características das Organizações Públicas de Saúde.....	79
Serviços de Saúde: Organizações Profissionais.....	82
Alguns Desafios da Administração Pública.....	87

Unidade 4 – Contrato de Gestão: instrumento para fortalecimento do sistema de saúde

Contrato de Gestão: instrumento para fortalecimento do sistema de saúde.....	97
Portaria Interministerialn. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004.....	101

Unidade 5 – Modelos Gerenciais em Saúde e Planejamento de Serviços de Saúde

Modelos Gerenciais em Saúde e Planejamento de Serviços de Saúde.....	115
A Concepção de Matus sobre o Planejamento.....	119
A Metodologia do Planejamento Estratégico-Situacional – PES.....	133

Unidade 6 – Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde

Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde.....	167
Estratégias de Profissionalização: a dimensão da formação e a dimensão das instituições.....	169

Referências.....	180
------------------	-----

Minicurriculo.....	188
--------------------	-----

APRESENTAÇÃO

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

Prezado estudante,

Estamos iniciando o estudo da disciplina *Organização e Funcionamento do SUS*, um tema bastante amplo e que compreende alguns dos elementos mais importantes para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Você já deve ter percebido, e mesmo valorizado, a importância da gestão para que os serviços de saúde estejam de fato à altura de responder às demandas e às necessidades de saúde dos indivíduos que procuram os ambulatórios, hospitais, centros de saúde, laboratórios e tantos outros pontos de atenção do SUS. Tenha a certeza de que não falaremos aqui sobre fórmulas mágicas, na perspectiva de termos um SUS idealizado, irreal, pois buscaremos tocar em questões fundamentais para assumirmos posturas mais profissionalizadas quanto ao funcionamento das organizações que compõem o SUS, visando gerar mais satisfação para os usuários e seus profissionais.

São vários nossos objetivos, conforme apresentados a seguir, mas queremos destacar a imperiosa necessidade de conhecimento e de experiência para melhorarmos a gestão do SUS. Você poderá identificar ao longo dos temas apresentados que a saúde é um dos campos em que a gestão é mais complexa, se comparada com a gestão em vários outros setores da sociedade. Esperamos que isso fique de algum modo claro. Contudo, longe dessa dificuldade



significar um desalento, deverá sim exigir muita criatividade e conhecimento, incluindo aprender com experiências bem-sucedidas.

Estudar é fundamental, pois você não aprenderá “por osmose”, acredite. Não basta apenas ler, será preciso ler, reler e ainda pesquisar, buscar as bibliografias, conhecer outras fontes de conhecimento e experiências para, finalmente, praticar. No seu dia a dia, pense e exercite os novos conhecimentos da sua realidade. Lembre-se de que sua realidade é seu principal desafio.

Bem, vamos aos temas que trataremos ao longo da disciplina. Observe que você deverá ler e compreender os objetivos desta disciplina. Na sala de aula, com todos “ao vivo”, costumamos dizer que somente ao final de um curso ou de uma disciplina compreendemos onde queríamos chegar: aos objetivos. Isso significa que, no começo da disciplina, temos algo parecido com uma aposta conjunta. Apostamos que poderemos chegar aos objetivos. Mas não se trata simplesmente de uma aposta ou um “jogar dados”. Será uma aposta para conquistar uma determinada distância. Vamos pensar no caso de Mary Magi, brasileira que ganhou medalha de ouro nas Olimpíadas de Pequim no salto a distância para mulheres. Ela não ganhou a medalha sem treinar. Tudo bem, medalha de ouro em Olimpíadas é muito, mas que tal ganhar o campeonato da sua cidade, do seu estado...

Portanto, estude e estude!

Veremos, a seguir, o que temos como grande propósito.

Esta disciplina tem por objetivo proporcionar o desenvolvimento das capacidades necessárias para compreender o processo de gestão em saúde e particularmente em serviços de saúde, tomando por referência o arcabouço, as diretrizes de organização e o funcionamento do SUS. A disciplina considera o contexto da administração pública e os principais modelos jurídico-institucionais, aplicáveis a serviços e sistemas de saúde. Destaca as características e os desafios para a gestão das organizações de saúde, tomando-as como de natureza particular e fundadas na qualificação profissional. Desenvolve capacidades para a abordagem gerencial por problemas, valorizando os desafios



assistenciais e administrativos dos serviços de saúde. Finalmente, aborda a questão da qualidade para a gestão da clínica e do cuidado assistencial.

Somos pretensiosos, correto?

Para alcançarmos os objetivos propostos, estudaremos na Unidade 1 os Princípios da Gestão em Saúde. Na Unidade 2, abordaremos a Administração Pública em Saúde e Modelos Aplicáveis a Serviços de Saúde. Na Unidade 3, veremos as características das Organizações de Saúde. Na Unidade 4, conheceremos os Contratos de Gestão em Saúde. Na Unidade 5, verificaremos os Modelos Gerenciais em Saúde e o Planejamento de Serviços de Saúde. E, por fim, na Unidade 6, estudaremos a Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde.

Então, vamos aos estudos.

Desejamos a você uma boa leitura!

UNIDADE 1

PRINCÍPIOS DA GESTÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM INTRODUTÓRIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender os princípios da Gestão em Saúde;
- ▶ Compreender a importância dos problemas, dos desafios e das necessidades de saúde para a Gestão em Saúde; e
- ▶ Conhecer os atributos da Gestão em Saúde.

PRINCÍPIOS DE GESTÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM INTRODUTÓRIA

Caro estudante,

De imediato vamos localizar o âmbito sobre o que pretendemos abordar. Afinal, Gestão em Saúde pode ser muita coisa, já que administrar recursos, comprar, contratar, construir, reformar, equipar, seriam algumas opções na perspectiva de uma primeira aproximação. Em geral, essa resposta corresponde ao senso comum sobre o que seja gestão. Mas será que assim estaremos de fato fazendo Gestão da Saúde? Podemos seguir e usar algumas pistas, podemos até usar as pistas clássicas. Assim, fazer gestão envolveria planejar, organizar, coordenar, executar, avaliar... Desse modo, estaríamos detalhando um pouco mais. Ainda restariam algumas perguntas: qual a finalidade? Colocar um serviço em funcionamento? Uma equipe trabalhando? Um sistema operando? Precisamos ainda perguntar “por que e para quê”? E, ainda assim, restaria uma pergunta nada simples: como?

Então, vamos ao trabalho!

Uma definição bem pragmática: fazer gestão significa, em essência, ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidas. Fazemos gestão, com base em todos os processos já enunciados, além de outros, em decorrência de problemas a resolver, problemas que a sociedade tem e que demandam soluções. Fazemos gestão em função de expectativas de um futuro melhor em relação ao presente. Fazemos gestão por que é preciso transformar a realidade, as condições materiais, as imateriais e as simbólicas. Queremos um mundo diferente, pois a sociedade se move e

pretendemos que seja na direção de melhores condições de vida, em todos os campos da vida.

Na saúde, queremos, fundamentalmente, menos doenças, mais vida, mais qualidade de vida e, certamente, vida mais longa e isso não é pouco. Esta é a tarefa dos gestores da saúde: propiciar e facilitar a organização da sociedade para que possamos superar problemas (leia-se desafios) que nos impedem de viver mais e melhor ou, dito de outro modo, desejar que ocorram menos mortes, que não surjam tantas doenças, que não tenhamos tantas incapacidades e nem infelicidades.

Observe que desde sempre, na condição humana, praticamos gestão. Então, procure ver esse processo um pouco mais decomposto. Inicialmente, fazer gestão significa identificar problemas, desafios, necessidades. Reflita sobre isso e anote suas considerações.

***Gap** – quebra de continuidade, descompasso ou discrepância entre coisas. Fonte: Houaiss (2009).

Temos um problema quando identificamos uma discrepância, um **gap***, algo como uma distorção entre uma dada realidade e outra possível, mesmo que seja idealizada. Há um problema quando sentimos frio e sabemos que podemos não sentir frio. Ou há um problema quando identificamos a morte de uma pessoa aos 30 anos de idade e sabemos que ela poderia viver algo como 48 anos a mais, pois possuía uma expectativa de vida de 78 anos. Temos um problema quando identificamos uma pressão de 160 x 110, mesmo em repouso, e sabemos que deveríamos encontrar 120 x 80, em média, para uma pessoa adulta.

Assim, um problema pode ser definido como sendo a discrepância entre o que identificamos e a situação possível, que deveríamos esperar, dado um tanto de conhecimento já acumulado e/ou tecnologia disponível.

Fazer gestão começa por identificar problemas, por isso, veremos rapidamente que identificar problemas não é tão trivial assim. Há problemas identificáveis pelo senso comum, mas há problemas que somente profissionais identificam. Uma pneumonia, problema pulmonar, necessita de um médico, por exemplo. Assim, primeiro precisamos ter conhecimento sobre uma realidade possível, identificada, seja na literatura, em outra situação existente ou em ambas. Muitas vezes poderemos ter problemas “insolúveis”, dado que não temos sequer como saber se há uma solução definitiva. A realidade ainda não foi construída e nem mesmo elaborada na literatura. Morrer em decorrência de complicações da AIDS é um problema? Seguramente que sim, mas, não temos disponível a solução para a “cura da AIDS” ou a prevenção absoluta da AIDS, como por exemplo, uma vacina com 100% de eficácia e disponível para todos. No caso da AIDS, o problema, de algum modo, se transforma, pois, o *gap* identificável seria outro que não a distância entre a doença e a cura. O problema estaria entre a doença e o seu controle, já que estamos em um sistema de atenção à saúde e não apenas focado neste problema. Contudo, para muitos pesquisadores, o problema poderia estar de fato entre a doença AIDS e a sua cura. Portanto, os problemas dependem de cada situação. Qual o nosso papel? O que a sociedade espera de cada um de nós? O problema é, por conseguinte, situacional.

Uma pergunta: um hospital possui uma taxa de infecção hospitalar igual a 7,5%. Esse dado é suficiente para dizermos que temos um problema? Já podemos dizer que não. Para esse mesmo tipo de hospital, com pacientes e patologias similares, o que podemos encontrar na literatura sobre expectativa de taxas de infecção? Que taxas de infecção outros hospitais semelhantes possuem, mesmo que estejam em outro país?

Pesquisando, observamos que podem ser encontradas taxas entre 4,4 e 5,3%. Agora podemos dizer que temos um problema.

Qual? A diferença percentual entre a taxa encontrada e a taxa possível. O real problema, pelo menos hoje, devido ao conhecimento disponível na literatura e/ou lógicas e práticas identificadas em outros hospitais, seria, pragmaticamente, uma taxa de infecção entre 3,1% e 2,2%, ou seja, a diferença entre o valor identificado e o valor possível, com as técnicas atuais, a ser alcançado. Seguindo o raciocínio: se depois de três meses, por exemplo, tivéssemos alcançado neste mesmo hospital uma taxa de 4,4%, o problema teria sido superado? Em curtas palavras: sim, pois alcançamos o objetivo; mas também podemos responder não, pois o problema teria se transformado em outro problema e, nesse caso, até mais complexo. Porém, por enquanto, ficaremos por aqui.

Em sua opinião todo e qualquer problema identificado deve ser enfrentado? Reflita sobre essa questão e anote suas considerações ou discuta com seus colegas de curso.

A nossa resposta sobre a questão anterior é não, pois fazer gestão é também saber selecionar problemas, postergá-los e até mesmo descartá-los ou ignorá-los. Como e por que fazemos isso? Por economia de tempo, dinheiro ou porque ajudariam pouco no alcance dos nossos objetivos maiores. Os problemas prioritários são aqueles que mais impacto geram na direção da realidade futura desejada ou possível.

Observe o ponto fundamental: priorizar problemas. Problema prioritário é aquele ou aqueles que dificultam ou impedem mais fortemente o alcance de uma realidade futura.

Há técnicas que nos ajudam a selecionar e priorizar problemas. Quanto mais clara a visão que tenhamos sobre um futuro

desejável e possível, mais facilmente saberemos separar problemas prioritários de problemas menos relevantes, que podem ser postergáveis ou simplesmente esquecidos.

Problemas são tão identificáveis quanto as necessidades de uma pessoa, de um grupo e até mesmo de uma sociedade. A escolha sobre quais problemas selecionar não será naturalmente apenas técnica ou tecnicista. A escolha será marcada por alinhamento de interesses. Estamos falando de políticas que se encontram tanto em um plano maior, nacional, quanto local e até mesmo intraorganizacional. Não exploraremos esse ponto, apenas o registraremos para que tenhamos uma referência a mais.

Os problemas, necessidades que se manifestam sob forma de demandas, espontâneas ou incentivadas, precisam estar associados a possibilidades de resolução. Chamaremos essas possibilidades de tecnologias que são conhecimentos aplicados para a solução de problemas. Assim, outra face da gestão está ligada à capacidade de mobilizar tecnologias ajustadas social e economicamente que obedecem a padrões técnicos baseados em evidências científicas. As tecnologias se transformam permanentemente e, portanto, não é simples identificar, selecionar e mesmo descartar tecnologias, mantendo-as alinhadas aos problemas a serem resolvidos.

Selecionar problemas de saúde e, de modo associado, selecionar tecnologias. Ambos são campos e tarefas da gestão, já que podemos igualmente identificar essas grandes funções tanto em um plano nacional, quanto em um plano local e até mesmo intraorganizacional. As complexidades, abrangências e o alcance serão distintos, mas, com certeza, estarão presentes.

Fazer gestão é unir necessidades e demandas, sempre entendidas como problemas a serem enfrentados, com tecnologias, pensadas aqui de uma forma abrangente e mais livre, como formulação e implementação de políticas, mas também com a organização do trabalho, mobilizando recursos que precisam ser adequadamente combinados entre si, sejam profissionais ou de equipamentos.

Naturalmente, todas essas atividades envolvem uma forte e densa movimentação de informações, já que a informação é o principal insumo da gestão. Entretanto, observe que o foco permanece por todo o tempo na resolução de problemas. Fazer gestão em saúde é resolver problemas sanitários. Esses problemas serão, de maneira geral, identificados como doenças e mortes, mas também como riscos, em uma perspectiva já de prevenção e promoção.

Além disso, fazer gestão também é avaliar o resultado da intervenção sobre o problema ou sobre os problemas. A intervenção realizada, mais uma vez, no plano micro – a cura de uma pneumonia – ou de forma mais abrangente em um plano macro – o controle de pneumonias com internação em idosos – alcançou os objetivos esperados?

Avaliar deve envolver várias dimensões, mas duas são destacadas: uma sanitária e outra econômica. No plano sanitário, será fundamental identificar o controle ou a superação do agravo assumido como problema. No plano econômico, observando se os custos foram adequados e se a organização ou sistema está estável e sustentável economicamente. Mais uma vez, o ingrediente fundamental são os dados e as informações.

Apenas com a avaliação saberemos se os resultados foram ou estão sendo alcançados. A avaliação seria a parte mais nobre da gestão. Ela confirmará o acerto das escolhas anteriores e/ou demandará novas medidas. Teremos novos problemas, sejam eles fruto das necessidades dos ajustes identificados na avaliação, ou outros problemas que estejam sendo demandados e selecionados. Com a avaliação deveremos proceder a uma prestação de contas, interna (se estamos em um hospital, rede ou centro de saúde, por exemplo) e externa, à sociedade, bem como para os decisores políticos, executivos e legislativos. Em última instância, é a sociedade, por meio de suas instituições e de distintos meios, que deve responder sobre os compromissos assumidos, isto é, os problemas que deveríamos enfrentar, resolver ou minorar.


Observe que podemos falar da gestão como um ciclo que permanentemente se renova: planejamento, execução, avaliação e

correção. Na gestão da qualidade também conhecido como PDCA (Plan: planejar; Do: executar; Check: controlar e Act: atuar corretivamente).

Por ora, optamos aqui por uma localização do campo da gestão em termos bastante amplos, mas que certamente devem ser considerados de forma específica em cada um dos âmbitos. Praticamente, qualquer que seja a situação, a gestão se dará por meio de alguma organização ou rede de organizações, como no caso de um sistema municipal ou regional. Nessa situação, diríamos que a gestão assume materialidade, pois a própria organização (hospital, centro de saúde, policlínica ou uma rede de serviços) deve ser gerida, sempre na direção da resolução de problemas, no caso, sanitários.

A gestão organizacional é, portanto, uma parte da gestão em saúde, no entanto, é uma parte fundamental. A gestão da organização de saúde trata da adequada coordenação do trabalho individual e, sobretudo, coletivo para o alcance dos objetivos e a resolução dos problemas.

Diante dos problemas, devemos buscar mais eficiência que, de preferência, esteja acompanhada de mais qualidade e segurança no cuidado aos pacientes e usuários dos serviços. Serão vários os atributos a serem considerados para modelos de gestão eficientes, com segurança e qualidade no cuidado, conforme identificados a seguir. Mas de imediato, uma condição e atributo básico de qualquer modelo é a autonomia de gestão. Trata-se necessariamente de um “jogo de pesos e contrapesos”, mais autonomia, mais eficiência, menos controle, menos subordinação a um poder central. A relação entre autonomia e eficiência, resultados, tem documentação no mundo moderno, não se tratando de dogma (MINTZBERG, 1995; MOTTA, 1991; 1997).



Leia mais sobre PDCA, em: <http://www.infoescola.com/administracao/_pdca-plan-do-check-action/>.
Acesso em: 18 nov. 2010.

No modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde e mais grave ainda quando se trata de hospitais. O modelo centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos. Maior autonomia de gestão significa dotar os dirigentes de saúde de maior poder de decisão, como igualmente responsabilizá-los diretamente pelo desempenho dessas organizações. Confere maior agilidade e flexibilidade à condução dos serviços de saúde, estabelecendo condições mais efetivas para que essas organizações respondam às políticas, diretrizes, incentivos governamentais e em especial dos gestores do sistema. Modelos fundados em uma maior autonomia de gestão devem ainda resultar na conquista de uma maior estabilidade política para os serviços e hospitais. Não devemos, no entanto, confundir autonomia com soberania, dado que a primeira requer forçosamente a adoção de novos e enriquecidos dispositivos de acompanhamento, prestação de contas e responsabilização, sejam conselhos superiores de administração, contratos de gestão e ainda controles externos, tanto no âmbito do estado, como no da sociedade.

Outros atributos devem ser considerados para novos modelos, por estarem adequadamente contemplados nas bases legais (Leis) e nas configurações dos sistemas, dos instrumentos e nas práticas que estruturam a gestão. Os atributos são compreendidos como recortes, um tanto quanto arbitrários, já que na prática eles são não apenas interdependentes, mas por vezes também possuem limites pouco claros ou interseções entre os seus campos. Determinadas características serão transversais, apresentando-se como de caráter mais finalístico, sendo então arroladas entre os atributos associados à missão e às finalidades do serviço. É o caso do atributo da qualidade e da eficiência, obrigatoriamente presentes ou interativos em relação aos demais atributos.

ATRIBUTOS DA GESTÃO EM SAÚDE

Veremos a seguir uma breve localização dos atributos que devem ser considerados na gestão em saúde:

- ▶ **Governança:** compreende um conjunto de dispositivos e práticas inerentes ao modelo capaz, tanto de “emponderar” o sistema, como de permitir que ele seja responsável frente às demandas da sociedade e dos organismos superiores de gestão.
- ▶ **Profissionalização:** a profissionalização da gestão deve ser configurada com dispositivos técnicos suficientes e adequados aos objetivos organizacionais, operando tanto com os meios/recursos, quanto com a gestão de resultados; tais dispositivos devem ser operados por profissionais especialmente formados e competentes, de modo que gerem os melhores resultados; a gestão organizacional deve ser operada por especialistas.
- ▶ **Financiamento:** este atributo remete-se a todas as dimensões econômico-financeiras da gestão. Deve ser compreendido, tanto no que concerne à dimensão do financiamento adequado (volume de recursos aplicados à saúde e em bases de equidade – recursos em volume suficiente para o funcionamento dos hospitais), quanto em relação às fontes e origens desses recursos (se públicas ou privadas e exatamente para quais itens) e ainda às modalidades de pagamento aplicáveis aos serviços, considerando-se aqui os incentivos implícitos e as vantagens/riscos potenciais do emprego de cada uma dessas modalidades; a partir dessas definições (por meio de ambas as dimensões), esse atributo deve permitir a sustentabilidade (geração de equilíbrio econômico, incluindo demandas de alavancagem ou investimento na organização) do

empreendimento, debaixo de lógicas de maximização de recursos (eficiência), respeitada a dimensão da qualidade da atenção.

- ▶ **Gestão de pessoas:** a natureza da organização de saúde impõe que a gestão do trabalho seja fortemente dependente dos profissionais, sendo eles os responsáveis pela eficiência e qualidade dos processos e resultados alcançados. Os mecanismos de gestão de pessoas são, portanto, altamente críticos e cruciais para o sucesso do trabalho organizacional, devendo ser entendida como parte da própria gestão do trabalho. Podemos verificar os seguintes elementos considerados desejáveis neste atributo:
 - ▶ a gestão de RH deve possuir elementos de autonomia para os dirigentes da organização, sobretudo, quanto à seleção, contratação e demissão (ainda que compartilhada e com base em regras sistêmicas);
 - ▶ gestão estratégica de RH;
 - ▶ valorização permanente do desempenho, cuidado com as pessoas (incluindo saúde do trabalhador);
 - ▶ salários dignos, aplicando-se à referência de mercado;
 - ▶ horários flexíveis;
 - ▶ sistemas de remuneração baseados em ganhos fixos somados a ganhos variáveis;
 - ▶ inclusão de incentivos gerais como ambiente, social, etc.;
 - ▶ gestão de competências;
 - ▶ desenvolvimento profissional;
 - ▶ dispositivos para gestão de conflitos;
 - ▶ processos participativos;
 - ▶ seleção e recrutamento flexíveis; e
 - ▶ profissionais não estáveis.

- ▶ **Tecnologia da informação:** compreendida como suporte tecnológico a partir do qual os sistemas de informação são operados de modo a registrar, processar e gerar informações – confiáveis, integradas, em tempo oportuno, adequadas às necessidades e de fácil alcance e compreensão dos seus distintos usuários – com vistas a:
 - ▶ subsidiar os processos de tomada de decisão de natureza estratégica, tática ou operacional nas áreas clínica e administrativo-financeira;
 - ▶ contribuir para a integração informativa, ocupando um papel estratégico como veículo para o processo de comunicação organizacional;
 - ▶ servir de base para a integração do hospital com a rede de serviços e com seu ambiente econômico, social e institucional;
 - ▶ tornar mais ágil, abrangente e sistematizado o acesso e a difusão de informações e evidências clínicas e gerenciais, contribuindo para o seu maior conhecimento e utilização; e
 - ▶ favorecer o desempenho global da organização hospitalar e do sistema de saúde, auxiliando, mais especificamente, para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência prestada, a redução dos erros médicos, o incremento da eficiência administrativa e a maior satisfação dos usuários.

Vale assinalar que a Tecnologia de Informações (TI), ao criar condições jamais vistas, não apenas para o acesso às bases de conhecimentos científico-tecnológicos, como para a troca de informações entre instituições, profissionais e usuários de serviços de saúde, dirimindo as dificuldades de comunicação a distância. Dessa maneira, a TI tem sido reconhecida como o grande artefato de inovação das formas como o cuidado à saúde é organizado e prestado, mediante



Leia mais sobre a telemedicina, em: <<http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med5/med5t12000/tele/index.html>>. Acesso em: 18 nov. 2010.

a propagação de iniciativas como a **telemedicina** ou as ferramentas e processos de educação e orientação a distância para profissionais e usuários.

- ▶ **Organização do cuidado:** o atributo do modelo de gestão deve ser compreendido como aquele que “melhor media” o modelo propriamente dito de gestão com os atributos relacionados com a missão da organização; a organização do cuidado trata, portanto, dos mecanismos, instrumentos e práticas de atenção que viabilizem o cumprimento dos objetivos assistenciais do hospital, em conformidade com padrões, mais uma vez de eficiência e qualidade; esse atributo compreende:
 - ▶ o próprio perfil assistencial do hospital, incluindo os objetivos e metas de produção pactuados no sistema;
 - ▶ a definição dos critérios de ingresso e de relacionamento com as demais unidades do sistema, preferencialmente mediante instrumentos de regulação externa;
 - ▶ o acompanhamento do ingresso, incluindo desde o acolhimento até a alta, abrangendo as responsabilidades e a segurança no seguimento dos clientes; e
 - ▶ a gestão dos recursos críticos de assistência: do leito aos equipamentos diferenciados, incluindo centro cirúrgico, leitos complexos, etc.; a configuração de sistema de regulação assistencial interna (regulação de casos/pacientes); a adequada divisão e integração entre serviços e equipes profissionais (organização por linhas de cuidado ou a efetiva garantia da continuidade de cuidado internamente ao hospital); a incorporação de modalidades “alternativas” adequadas tecnologicamente de atenção, como assistência domiciliar, hospital-dia, cirurgia ambulatorial, valorizando ganhos de eficiência e qualidade no cuidado; necessário suporte/estrutura técnico-laboratorial e nas diversas áreas de apoio especializado (imagem, etc.), compreendendo

condições gerais para as estruturas e processos (certificados, controles externos de qualidade e vigilância sanitária).

Outros atributos devem ser compreendidos como objetivos do serviço, envolvendo naturalmente estruturas e processos que enriqueçam os modelos de gestão.

- ▶ **Qualidade:** é um dos focos permanentes da gestão, em uma perspectiva de melhoria contínua, envolvendo:
 - ▶ implementação de estruturas e processos de qualidade (comissões, protocolos, monitoramentos, análises de processos);
 - ▶ processos de acreditação externa;
 - ▶ cumprimento de normas de vigilância de serviços;
 - ▶ uso intensivo de informações;
 - ▶ prontuários com qualidade de registros e implementação de ferramentas de gestão da clínica (protocolos, gestão de casos, filas, etc.); e
 - ▶ permanente atenção com a satisfação dos clientes.
- ▶ **Pesquisa, Desenvolvimento e Ensino – P&D:** os serviços e especialmente os hospitais devem assumir a P&D como expressão de organizações que aprendem e inovam e que devem se expressar em ganhos de custos e qualidade e ainda propiciando:
 - ▶ geração de conhecimentos e tecnologias tanto assistenciais quanto organizacionais;
 - ▶ hospitais como centro de pesquisa clínica;
 - ▶ sistemas de incentivo à pesquisa, à formação e à inovação; e
 - ▶ lógicas de captação de recursos para P&D e a prática de associações a sistemas de formação (cooperação para estágios, etc., junto a sistemas formais – universidades, institutos).

- ▶ **Inserção no SUS:** atributo de todo serviço e hospital com finalidade pública, não importando sua natureza jurídica, entendendo que:
 - ▶ a missão, o perfil e o programa assistencial são compartilhados no sistema;
 - ▶ o serviço deve contribuir com a formulação de políticas e programas para o sistema – SUS; deve participar e atuar em instâncias do sistema – fóruns, câmaras, etc.;
 - ▶ a função assistencial deve estar adequadamente localizada no sistema – responsabilidades específicas dentro das diversas linhas de cuidado do sistema;
 - ▶ o serviço esteja vinculado à regulação assistencial externa – submetido a centrais de regulação;
 - ▶ os sistemas de prestação de contas externas – contrato de gestão – devem existir;
 - ▶ os sistemas de informações integrados – acesso a dados dos clientes – sejam operados; e
 - ▶ no sistema, a responsabilidade com o cuidado do usuário do sistema (acolhimento, seguimento, vínculos, etc.) – integrado ao sistema de referência e contrarreferência – seja pactuada.

- ▶ **Eficiência:** este atributo envolve:
 - ▶ a adoção de sistemas de incentivo à eficiência;
 - ▶ a adoção de modalidades de atenção com relação custo-benefício mais adequadas;
 - ▶ a busca de racionalidades de escopo e escala para aquisição de insumos, para serviços logísticos e apoio técnico;
 - ▶ os sistemas integrados de gestão de materiais;
 - ▶ a padronização de insumos como expressão da missão e do perfil assistencial e de ganhos de custos e qualidade;
 - ▶ a utilização intensiva de bancos de dados de preços de serviços e de insumos;

- ▶ a construção de racionalidades de escopo e de escala na oferta de serviços, considerando a missão e o perfil assistencial, o funcionamento em rede e os ganhos de custo e de qualidade;
 - ▶ o permanente uso economicamente racional de blocos cirúrgicos, leitos, consultórios, equipamentos, utilização de tecnologias;
 - ▶ a adoção de sistemas de indicadores de desempenho da gestão; a incorporação de especialistas em gestão de insumos e de serviços logísticos, incluindo a compra;
 - ▶ a utilização intensiva do benchmarking como ferramenta de melhoria da qualidade; e
 - ▶ a adoção de práticas de melhoria contínua da qualidade.
- ▶ **Assistência centrada no paciente:** implica que a organização conscientemente assuma a perspectiva dos pacientes para a organização e a gestão das atividades médico-hospitalares, valorizando:
- ▶ o respeito ao paciente, aos seus valores, suas preferências e suas necessidades manifestas;
 - ▶ a preocupação com o impacto que a doença ou o tratamento ao qual o paciente é submetido sobre a sua qualidade de vida e sobre a sua sensação subjetiva de bem-estar;
 - ▶ a ênfase no envolvimento dos pacientes no processo de tomada de decisão;
 - ▶ o contato profissional e institucional com os pacientes baseado na dignidade, respeito e sensibilidade;
 - ▶ a orientação para o máximo resgate da autonomia dos pacientes;
 - ▶ a permanente informação sobre a sua situação clínica, a evolução observada e o prognóstico existente;
 - ▶ a prioridade ao atendimento às reclamações e aos incômodos manifestos pelo paciente – sejam dores, reações aos medicamentos, etc.;

- ▶ o apoio e ajuda ao paciente na realização de suas atividades rotineiras no hospital;
- ▶ a garantia de um ambiente limpo, seguro, confortável e agradável para o paciente;
- ▶ a organização do espaço de modo a assegurar a privacidade para o paciente;
- ▶ o suporte emocional ao paciente e aos seus familiares para o alívio da ansiedade e do medo provocados pela hospitalização;
- ▶ a orientação da equipe responsável pelo cuidado e de parte de toda a instituição para o estabelecimento de uma relação de confiança com o paciente e com seus familiares;
- ▶ a orientação no sentido de que o compartilhamento de informações com o paciente e ou seus familiares seja feito de forma cuidadosa, de modo a efetivamente tranquilizá-los e capacitá-los a lidar com a situação; e
- ▶ a busca do envolvimento da família e dos amigos.

Os atributos são apresentados como referências e são considerados em modelos e práticas de gestão para serviços públicos de saúde, portanto, integrantes do SUS.

Observe que esse conjunto de considerações deve ser tomado como introdutório, mas, sobretudo, básico, de modo que sirva de referência para instrumentos e práticas que estejam voltadas para a resolução de problemas, nesse caso, os **problemas sanitários**.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, leia o seguinte texto:

- 📌 *Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte* – de Jairnilson Silva Paim e Carmen Fontes Teixeira.

Resumindo



Nesta Unidade realizamos uma abordagem introdutória sobre os princípios de Gestão em Saúde. A partir dessa breve abordagem, você pôde refletir sobre o processo de administrar ou gerir recursos: comprar, contratar, construir, reformar, equipar, entre outros. Tivemos a oportunidade de identificar os problemas, os desafios e as necessidades na Gestão em Saúde. Apresentamos as várias faces que os problemas podem ter e identificamos como devemos tratá-los quando surgem. Ainda, nesta Unidade, conhecemos os atributos que devem ser considerados na Gestão em Saúde.



Atividades de aprendizagem

Para conferir se você compreendeu o que abordamos nesta Unidade, desenvolva a atividade proposta a seguir. Se precisar de auxílio, entre em contato com o seu tutor. Lembre-se de que ele está à sua disposição.
Bom trabalho!

1. A Unidade 1 valoriza em especial a compreensão da Gestão em Saúde como sendo decorrente da capacidade de identificar e selecionar problemas de saúde (assumidos como desafios diante das necessidades de saúde de uma dada população) e, simultaneamente, mobilizar as soluções mais adequadas. Tomando a sua realidade de trabalho e experiência no campo da saúde, identifique situações em que específicas demandas e necessidades de saúde NÃO se encontram abordadas/enfrentadas de forma alinhada a essa formulação. Procure abordar preferencialmente realidades comuns em atenção básica (PSF, por exemplo). Seja conciso na descrição da sua resposta (máximo de 20 linhas).

UNIDADE 2

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E MODELOS APLICÁVEIS A SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender como a Administração Pública está organizada;
- ▶ Identificar a diferença entre o Público e o Privado no Estado e na Saúde;
- ▶ Detectar os diversos modelos praticados atualmente nos serviços de saúde; e
- ▶ Conhecer as premissas e os parâmetros para modelos eficientes e as perspectivas da Administração Pública brasileira.

INTRODUÇÃO

Prezado estudante,

Ao falar em Gestão no SUS, é preciso compreender como a administração pública está organizada, como funciona, seus limites e, sobretudo, é necessário conhecer modelos alternativos, além de identificar novas perspectivas na própria administração pública. Por isso, nesta Unidade, adaptada de Vecina Neto e Barbosa (2006), trataremos desses temas.

Então, vamos ao trabalho!

Um balanço sobre como evoluíram as estruturas jurídicas dos serviços de saúde após a implantação do SUS diagnosticará certa anarquia. Concorre para esse quadro caótico a ausência de institucionalidade na administração pública brasileira efetivamente sustentável e alinhada aos desafios contemporâneos de gestão da saúde. Os modelos existentes, mesmo quando amparados na própria administração pública, não geram segurança jurídica. (SANTOS, 2007). No entanto, esses modelos apresentam enormes variações e transitoriedades ao longo do tempo e ainda entre os níveis e agentes de governo que são responsáveis pela formulação de políticas e pela gestão estratégica e operacional do SUS.

A despeito dessa realidade sobre os formatos institucionais, é fato que o SUS expressa, com sua criação na Constituição Federal de 1988 e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 uma verdadeira reforma do Estado, estabelecendo novos direitos de cidadania em saúde e, por contrapartida, novo papel para o Estado e para seus agentes. E, como processo político e social, contamina e igualmente é contaminado pela dinâmica econômica e social, ao longo de mais de 20 anos de história.

Leia a Constituição de 1988, especificamente artigos de 196 a 200, em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 18 nov. 2010.

E a Lei n. 8.080, em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2010.

Mal sabiam os sanitaristas da época, muitos dirigentes ainda hoje e outros somente agora dirigentes, que não se faz reforma sem efetivos instrumentos e recursos, sejam econômicos ou tecnológicos de diversas naturezas e em diversas frentes, ainda que seja exigida e escrita nova Carta Constitucional, garantidora da reforma.

O propósito dessa Unidade é explorar as oportunidades, os aprendizados, os limites impostos pelos instrumentos e meios de gestão ao desenvolvimento do SUS, considerando como tais limites impedem o alcance de parte dos objetivos dos constituintes de então, assim como de sanitaristas, que historicamente formularam e defendem a saúde integral como direito de cidadania, de dirigentes de plantão e, sobretudo, como tais limites atormentam gestores e profissionais de saúde e, por fim, maltratam a quem se destinam os serviços – a população. Igualmente, serão tratadas as principais alternativas existentes ou mesmo passíveis de serem criadas, para melhor instituir-se o SUS e seus serviços, tomando para o debate mais especificamente a dimensão das estruturas e modelos de gestão aplicáveis aos serviços de saúde, com destaque para os hospitais.

A referência para toda a discussão se dá a partir de 1988, quando o Estado brasileiro, por meio do SUS, compromete-se a fazer “novas entregas”, em um volume e diversidade nunca imaginados, pois passa a ser lei uma cobertura tanto universal, quanto integral. O SUS é de fato uma realidade incontestável. O Estado foi reformado, embora haja muito que reformar ainda. Nesse período de 20 anos, a expansão dos serviços, especialmente os básicos, incluído um pouco de promoção, mais de prevenção e cuidados básicos e também de maior complexidade, alcançou números pouco previsíveis. São mais de 27 mil equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e algo superior a 55 mil unidades básicas de saúde (IBGE/AMS, 2006). Em 1988, não havia equipes de saúde da família e as unidades básicas eram menos de 25 mil. Os números dos serviços do SUS são astronômicos, entre eles: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos; nas ações de maior complexidade, foram realizados 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de radioterapia e

quimioterapia e 11,3 milhões de internações, tudo relativo apenas ao ano de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Diante disso, a qualidade e o impacto de alguns programas nacionais de saúde são altamente reconhecidos em termos internacionais, a exemplo dos programas de imunização, de AIDS e do controle do tabagismo, atingindo resultados dificilmente igualáveis no mundo.

No entanto, seguimos com enormes gargalos, crises, ainda que parte delas possa ser creditada ao crescimento, demandando novas alternativas, assim como mais recursos, não apenas econômicos, mas também técnicos, tecnológicos, profissionais, etc.

Há uma tese que queremos explorar neste texto, a de que a Reforma de Estado aprovada na Constituição de 1988 para a saúde “não cabe” no aparelho de Estado também reformado na mesma Carta Magna. Traduzindo: significa dizer que o Estado brasileiro não possui ainda todas as condições para cumprir e fazer cumprir com todos os compromissos assumidos pelo SUS. Sabemos que um grande limitante é o financiamento, ainda aquém do necessário, mas aqui queremos dar destaque à “máquina” do Estado, que definimos como estrutura da administração pública brasileira. O Estado brasileiro ainda padece devido à administração pública que tem, sobretudo em áreas sociais como a saúde, muito embora seja modelo em diversos outros campos, como o fiscal e o governo eletrônico, mas não apenas.

Ao lado dessa tese, constatamos ainda uma inadequada compreensão presente na formulação de vários dirigentes e de parte de profissionais de saúde, inclusive contaminando o cidadão de maneira geral, sobre o que é o público e o privado na saúde, sobre o que é o estatal e o público, mais especificamente limitando o conceito de público ao estatal. Estatal é tudo que é de propriedade do Estado, mesmo na condição de acionista. Como exemplo de estatal, podemos citar a Petrobras, mesmo o Estado possuindo parte de suas ações, ou seja, parte da sua propriedade. Lembre-se de que as ações da Petrobras podem ser compradas por qualquer empresa ou indivíduo, portanto, o seu proprietário passa a ser sócio-proprietário. O que é público não é necessariamente estatal. Veja que o transporte é público, mesmo sendo prestado por uma

empresa privada. No caso do SUS, ele é todo público, mas apenas parte dele é ofertado por meio de organizações estatais, quando os serviços, centros de saúde ou hospitais, forem de propriedade da união, estados ou municípios. Boa parte do SUS, sempre público, será implementado por meio de serviços privados, contratados ou conveniados.

Você conseguiu perceber a diferença entre o que é público e o que é privado na área da saúde? Reflita sobre isso e anote suas reflexões para discutir com seus colegas de curso e tutores.

É fato que, de maneira geral, padecemos da dúvida sobre o que seja público na saúde, a despeito de ainda convivermos com grande permissividade nas relações e usos de recursos públicos.

Esses dois grandes condicionantes, a limitação do aparelho de Estado e uma dada “ideologia” que confunde o que seja público, combinados, explica boa parte dos limites para estruturas mais adequadas aos objetivos de saúde pública e dos serviços de saúde no país. Até o momento não conseguimos instituir um adequado pacto técnico e político no âmbito da sociedade e entre agentes do Estado na saúde, estabelecendo-se uma hegemonia mais duradoura acerca do mais adequado aparelho de Estado e do modelo de administração pública para o país, com os respectivos instrumentos normativos e indutivos para o aprimoramento da gestão da coisa pública, incluídos os serviços no SUS. Nos últimos anos, os governos pouco se preocuparam com uma agenda estratégica para a administração pública, salvo as contribuições de Luiz Carlos Bresser Pereira, com méritos, mas também equívocos e que no próprio governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) não logrou presença na agenda central de governo. De maneira geral, as reformas têm assumido caráter focal, quando comparadas às duas grandes reformas geradas em períodos autoritários:


► A Reforma Daspiana no governo de Getúlio Vargas; e

Conheça melhor a Reforma Daspiana, no endereço eletrônico: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad21/Fundap21/A%20crise%20da%20gestao%20publica.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2010.



- ▶ A Reforma instituída pelo **Decreto-lei n. 200 de 1967**.

Os novos desafios exigem inovação nesses campos, sob pena de se manter estruturas arcaicas e/ou a prática não institucional e mesmo ilegal para responder à pressão da sociedade e acompanhar os nítidos avanços no conhecimento, na tecnologia em geral e nas relações sociais, bem como a permanente diversificação e ampliação de demandas e necessidades em saúde.



Leia o Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, na íntegra, em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.

CONDICIONANTES DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E AS POLÍTICAS REFORMISTAS SUBSEQUENTES

O desenho da Carta Magna de 1988 está marcado por respostas ou alternativas e correções aos anos de autoritarismo que a antecederam, sem maiores preocupações com desafios históricos que estavam por vir (ABRUCIO, 2007).

Especificamente na configuração do aparelho de Estado, algumas mudanças são destacadas, de acordo com Abrucio (2007):

- ▶ **O maior controle sobre a administração pública**, por meio de controles externos, com importante papel do Ministério Público.
- ▶ **A descentralização do Estado**, incluindo novos papéis para os entes da federação (notadamente o município) e contando com a reinvenção de diversas políticas públicas, entre elas a de saúde e a profissionalização da burocracia, fortalecendo a seleção meritocrática e universal.

Apesar dos ganhos, nem todas as mudanças se completaram ou geraram os efeitos esperados. O maior controle da administração pública também significou a eliminação de flexibilidades que antes eram usadas contra interesses públicos. Uma das mudanças na

No momento da elaboração do texto e conforme melhor discutido adiante, há o Projeto de Lei do Governo Federal tramitando no Congresso Nacional e que permite ao Governo Federal recriar fundações públicas de direito privado.

Constituição de 1988 foi a extinção das fundações públicas de direito privado, gerando o que denominamos de autarquiaização das fundações de direito privado, hoje em processo de debate legislativo para constituição de figura jurídica bastante similar.

A Constituição de 1988 pouco se ocupou de desafios futuros para a maior eficiência no aparelho de Estado, muito embora tenha, em parte como resposta aos anos de autoritarismo, gerado inflexão importante na concepção do Estado brasileiro. Novas e mesmo antigas formas de operação do aparelho de Estado, herdadas com a nova Constituição, provocariam em pouco tempo um novo debate, sobretudo, na perspectiva de conferir mais eficiência à administração pública.

Em uma perspectiva de modernização do Estado, o debate sobre novos modelos para a administração pública é retomado em parte devido aos estrangulamentos remanescentes da Constituição de 1988, mas também em decorrência de novos contextos e novas exigências. Ao lado de diagnósticos internos, há também o estímulo de movimentos internacionais de Reforma do Estado. Dessa forma, proliferaram, no país, experiências na área da administração pública. As características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de Recursos Humanos, à gestão financeira dos recursos, inclusive buscando flexibilizar as fontes de recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados. Santos (2007), ao referir-se ao processo brasileiro, diz que é

[...] importante lembrar que no Brasil, a crise do Estado surgiu nos anos de 1990 e não foi a do Estado-Providência (a exemplo dos países centrais), porque ele nunca chegou a existir. O próprio direito à saúde, bem como a garantia de outros direitos sociais, são conquistas mais recentes, datado de 1988, com a Constituição-cidadã.


O autor comenta ainda que a crise do Estado no nosso país foi muito mais uma crise de gestão e de qualidade, lembrando que

o Estado nunca deixou de tentar minimizar os custos da Constituição de 1988 com os direitos sociais, muitos de caráter universal e gratuito, onerosos, no entanto, para os cofres públicos.


Nesse contexto, em 1995, foi lançado pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), estabelecendo estratégias e proposições para a administração pública, em uma escala que considerou desde seu núcleo mais estratégico e exclusivo até novos formatos de relacionamento entre o público e o privado e, finalmente, identificando atividades que deveriam ser operadas exclusivamente no setor privado (BRASIL, 1995b). Esses setores deveriam, portanto, ser privatizados, mesmo que tenha sido extremamente polêmico todo o processo de efetiva privatização, esse processo foi marcante e com limitadíssimo sucesso, já que a “nova” dimensão da administração pública, que poderia operar por meio da criação de figuras novas no Terceiro Setor, deveria se transformar em espaço público não estatal. Uma das críticas à chamada Reforma Bresser dos anos de 1990 foi a de levar muito mais para o Terceiro Setor, sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, ao invés de introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública (SHIER, 2002).

O PDRAE apresenta em seu documento vários elementos dos diferentes modelos, mas podemos afirmar que a figura das Organizações Sociais aparece como modelo de passagem, da administração burocrática à gerencial, para os setores sociais em especial para a saúde (BRASIL, 1995a).

No plano constitucional, a flexibilização e a inovação de normativas instituídas na Carta Magna de 1988, em relação à administração pública, vêm ocorrer apenas após dez anos, com uma reforma focada nos artigos 19 e 20 da Constituição, conferindo novas alternativas ao servidor, por meio de novas possibilidades para aplicação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na administração pública descentralizada, como também a possível constituição de novos entes próprios da administração pública ou por ela contratada no interesse público. No primeiro caso, encontram-se as fundações públicas de direito privado que



Conheça mais o PDRAE, em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.



Leia mais sobre a Reforma Bresser, em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A_reforma_do_Estado_dos_anos_90.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

Três estados da federação já completaram a regulamentação legal para a instituição de fundações públicas de direito privado – Sergipe, Bahia e Rio de Janeiro; igualmente alguns municípios também já alcançaram essa condição.

Leia mais sobre a Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999, em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9790.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.

finalmente em 2007 entram em processo de regulamentação, que **no momento não está concluída no Congresso Nacional.**

No segundo caso, podemos citar as organizações sociais, instituídas a partir de Lei Federal n. 9.637/1998 (o modelo mais conhecido no âmbito hospitalar encontra-se no Estado de São Paulo – organizações sociais da saúde, regulamentada pela Lei complementar Estadual n. 846/1998) e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituída pelo Governo Federal por meio da **Lei n. 9.790/1999**, conhecida como “Lei do Terceiro Setor”. Também foram regulamentadas as Agências Executivas por meio da Lei n. 9.649/98.

Com relação às fundações públicas de direito privado, também conhecidas como fundações estatais, em modelo hoje aperfeiçoado quando comparado com a figura existente antes da Constituição, torna-se referência para novas possibilidades institucionais de serviços públicos com autonomia de gestão e simultaneamente no interior da administração pública, muito embora somente após mais dez anos será possível entrar em processo de regulamentação, denotando que naquele momento a intenção principal não estava na modernização da administração pública (Projeto de Lei n. 92/2007). Já as organizações sociais e as organizações da sociedade civil não lograram sucesso em escala de destaque, com pelo menos dois grandes motivos a explicar sua implementação apenas marginal no setor saúde. Uma primeira de caráter ideológico, como já referido, quando se confundiu a natureza do serviço (público no caso) com a propriedade do serviço, privada em ambos os casos, embora não lucrativos. Um segundo motivo, embora não dissociado do primeiro, relacionado com os custos políticos, técnicos e econômicos para transição entre serviços da administração direta, especialmente hospitais, para as novas figuras. Esses dois motivos explicam bastante a restrição do modelo Organização Social (OS) apenas para novos hospitais, casos de São Paulo e Ceará. No caso do Estado de São Paulo, durante o processo de negociação com a oposição na Assembleia para aprovação da lei complementar, foi aprovado que os hospitais teriam que ser novos, não aceitando a transformação de hospitais

em operação. Aqui, a causa foi exclusivamente ideológica. De qualquer maneira, o município de São Paulo aprovou em sua lei de criação de OS a permissão de transformar também hospitais em operação, em que pese os mencionados custos (políticos) de transferência da administração de pessoal regido pelas normas do estatuto do funcionalismo para a iniciativa privada.

Nesses 20 anos Pós-Constituição, não se obteve um projeto mais estratégico para a administração pública brasileira, salvo o **Plano Diretor da Reforma do Estado**, com a liderança do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira no primeiro governo FHC, conforme já citamos. Ainda que suas consequências reais tenham sido limitadas, é inegável que ocorreram ganhos quanto à questão de estabelecer um amplo debate no meio político, entre dirigentes e no meio acadêmico, sobre a transformação do aparelho de Estado, tornando-o mais contemporâneo. O artigo de Abrucio (2007), **Trajatória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**, analisa com propriedade e objetividade a trajetória da gestão pública no Brasil, dedicando importante análise sobre as proposições de Bresser Pereira, seus acertos e equívocos. Mas é inegável que as ideias bresserianas contaminaram a administração pública, tanto federal, quanto em estados e municípios, na perspectiva de que possamos alcançar melhores desempenhos. Ainda hoje boa parte das iniciativas de sucesso são marcadas por suas originais posições, com destaque para a cultura de resultados na gestão, no plano internacional designada de “nova gestão pública”, superando o modelo burocrático, centrado nas normas, pelo modelo dito gerencial. Em seu projeto, resguarda-se às áreas centrais e exclusivas de Estado o **Modelo Weberiano**, agora assentado efetivamente no mérito e na condição de carreiras estratégicas, incluindo novas funções para o aparelho mais central do Estado. A profissionalização da gestão pública percorre espaços e adquire importância após esse período, incluindo maior protagonismo, por

Conheça mais sobre o Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995, em: http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm. Acesso em: 19 nov. 2010.

Esse é um artigo exemplar e se for de seu interesse aprofundar-se no tema, não deixe de ler este artigo na íntegra, já que está disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000700005. Acesso em: 19 nov. 2010.



Saiba mais

Modelo Weberiano

Esse modelo foi desenvolvido por Max Weber, pensador social que elaborou o conceito de burocracia. O termo era empregado para indicar funções da administração pública, que era guiada por normas, atribuições específicas, esferas de competência bem delimitadas e critérios de seleção de funcionários. Fonte: <http://educacao.uol.com.br/sociologia/ult4264u22.jhtm>. Acesso em: 21 jul. 2010.

Por exemplo, estima-se que ainda hoje mais de 60% dos quadros de gestão central do Ministério da Saúde sejam de não servidores públicos.

Leia mais sobre esses programas, em: <http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/assistencia_tecnica/produtos/financiamento/pnafe/index.asp>; <<http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=171&sec=14>>; <<http://www.controlepublico.org.br/index.php/institucional/promoex>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

exemplo, da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como também da Escola de Administração Fazendária (ESAF) e, ainda, com o fortalecimento em paralelo e diferenciado de inúmeras carreiras no aparelho central do estado, muito embora sem extensão a todas as áreas, em que a profissionalização da máquina pública ainda não aportou até os dias de hoje.

Diversas iniciativas, ainda que focalizadas, modernizam e alteram o desempenho da administração pública no governo federal, destacando-se as áreas: econômica, fiscal, de planejamento governamental e de controle interno. Tal desempenho teve repercussão em muitos estados, inclusive com programas coordenados pelo nível federal, de modernização da administração fiscal dos estados, o Programa Nacional de apoio à modernização administrativa e fiscal dos estados brasileiros (PNAFE), da modernização da gestão e do planejamento (PNAGE) e da modernização do controle externo dos estados (PROMOEX) (ABRUCIO, 2007).

O PÚBLICO E O PRIVADO NO ESTADO E NA SAÚDE

Sobre o tema da personalidade jurídica das organizações de saúde, na esfera estatal, também é necessária uma discussão acerca da diferença entre estatal e público e a possibilidade de instituições da esfera privada conviverem com entes e objetivos públicos. Assim, os autores entendem que entidades privadas sem finalidades lucrativas, como as Santas Casas, são entidades com finalidades públicas, embora não estatais. Por outro lado, existe uma fecunda discussão, que aqui não será travada, sobre a privatização do estado, quando o estado é colocado a serviço de interesses grupais. Portanto, o que definirá esta discussão (público x privado) serão os objetivos das organizações, uma vez que o objetivo de uma organização é que define se ela é pública ou privada. E com isso não queremos camuflar a discussão sobre o

legal e o legítimo. Aqui é enfrentada a discussão da personalidade jurídica no campo legal.

Portanto, a delimitação do problema exige que nos detenhamos sobre a questão do objetivo das organizações e sobre como ele se realiza. Motta (1983), em textos de quase 30 anos, chamava atenção para o que considerava a principal fragilidade das organizações estatais – a dificuldade para fixar, entender e executar objetivos.

O fato é que o mundo está em rápida transformação, a Europa para se reposicionar neste mundo cada vez mais competitivo, vem sendo desencadeado nas últimas duas décadas um movimento político-econômico-jurídico que tem colocado em risco importantes conquistas sociais, embora esse movimento tenha alcançado mais a previdência social que a saúde. Esse movimento, de cunho neoliberal tem tido expressão nos países periféricos e no Brasil, principalmente através da privatização de ativos que estavam nas mãos do estado. No caso do Brasil, e em particular nos governos de Fernando Collor de Mello e FHC, ele atingiu duramente a capacidade de financiamento do setor saúde. Encolhimento do estado, gerencialismo, administração pública gerenciada, etc. são nomes, geralmente com carga negativa, dados a esses movimentos realizados pelo estado. Sobre as consequências econômicas dessa discussão, em boa parte dela, confunde-se o conceito de entrega de um direito da cidadania, com o estado fazedor. Interessa fazer, entregar é consequência de fazer! A propriedade da organização que faz é uma questão secundária. Importante frisar que o financiamento deve ser público e que é fundamental que o movimento venha acompanhado de capacidade regulatória por parte do estado e de controle social.

Nesse sentido, (fazer ou entregar) o objetivo das organizações passa a se submeter à forma jurídica das organizações. Na área da

saúde, esse erro tem sido cometido com muita frequência, o que acarreta as consequências indicadas por Motta (1983) em seu artigo, *descompromisso com a prestação de serviços, ineficiência, valorização dos meios em detrimento dos fins*.

Seria chegada a hora de também enfrentar a discussão de uma reforma, ainda que parcial, do Estado, para permitir focar a gestão nos resultados. Não é razoável alcançar eficiência na gestão em instituições complexas prendendo-se às regras e finalidades da administração direta ou mesmo descentralizada, exclusivamente restritas ao direito público.

UMA REALIDADE DE GESTÃO ESTRANGULADA PELOS LIMITADOS OU INSEGUROS MODELOS, AO LADO DE NOVAS TENDÊNCIAS E DESAFIOS

O documento do Ministério do Planejamento sobre Fundações Públicas e a crise da área hospitalar colocou novamente na agenda do SUS a questão dos modelos de gestão pública. Em justificativa, de acordo com Ibañez e Vecina Neto (2007, s./p.), o documento relaciona os seguintes pontos:

Esgotamento dos modelos de autarquia e fundação pública: rigidez no regime administrativo, especialmente em relação à gestão orçamentária, gestão de pessoas e compras; inadequação da categoria jurídica de empresas, para atividades não lucrativas (especialmente as sociais) – empresas dependentes (LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal); necessidade de revisão do modelo de Organizações Sociais: (a) questionamentos quanto à constitucionalidade e (b) não aderência do modelo para alguns setores; doutrina jurídica e a jurisprudência do STF apoiam o entendimento de que a personalidade jurídica de direito privado é própria do modelo fundacional.

Santos (2007) referindo-se a essa proposta comenta que administração pública tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles essencialmente formais e sem qualidade, além de sofrer influências políticas externas. Assim, a finalidade da administração passou a ser os meios e seus processos e não os fins. Tal contexto se reflete na gestão hospitalar pública (aqui podemos nos referir a toda administração do SUS), dificultando uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público. Na maioria dos hospitais públicos falta gestão capaz, eficiente, moderna e humana. Esses serviços, muitas vezes, têm alto custo e limitados resultados. A capacitação profissional para gerir a complexidade de um sistema hospitalar fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras é um dos grandes desafios hoje da gestão pública.

Como se não bastassem os limites nos modelos jurídicos e de gestão, Vecina Neto e Malik (2007) apontam como principais tendências, entre outras, para a área hospitalar no Brasil, as seguintes características: reduzir número de leitos (considerando o total de leitos do país, o que significa na prática reduzir o número de hospitais, pois precisa ser combinado com característica a seguir – ter escala econômica) e hospitais, exceto em casos específicos; criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, com concentração de tecnologia, tanto em equipamentos quanto em processos; a incorporação da integralidade nos discursos de serviços públicos e privados; buscar novas formas de financiamento, pois o modelo atual deixa todos os atores insatisfeitos.

Portanto, a superação dos estrangulamentos não diz respeito apenas às estruturas e modelos de gestão. Em relação à dimensão econômica, de escala e de escopo de serviços e em particular dos hospitais, o país encontra-se praticamente na contramão, considerando movimentos e tendências observadas em muitos países. No período entre 1988 e 2005, foram abertos quase mil hospitais públicos no país, basicamente em municípios e com escala média ao redor de 17 leitos (IBGE/AMS, 2005). Naturalmente que

essas organizações carecem de racionalidade econômica, como também assistencial e desrespeitam mínimos princípios de caráter sistêmico e de rede de serviços. Muito certamente o caráter político não sanitário tem sido determinante. Ao mesmo tempo, na literatura encontram-se formulações para escalas sustentáveis economicamente entre 100 a 450 leitos por hospital (FERGUSON; SHELDON; POSNETT, 1997). A média de leitos dos hospitais brasileiros, entre públicos e privados em conjunto, é de 61,9 leitos (IBGE/AMS, 2005) e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (Ministério da Saúde) registram apenas 440 hospitais no país com 201 ou mais leitos, algo como apenas 7% de todos os hospitais.

Observe que apesar do SUS possuir claros princípios e mesmo diretrizes estratégicas, há reconhecida limitação em algumas frentes. Se por um lado é possível registrar importante avanço na atenção básica de saúde, o mesmo não é perceptível na atenção hospitalar e mais complexa. Ao longo de todos esses anos, a política hospitalar, salvo exceções, foi restrita à administração das tabelas de pagamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e, ainda assim, em boa parte dela sem base em parâmetros realísticos de custos.

É fato que hoje não é apenas a questão dos modelos jurídicos e de gestão que se apresenta como gargalo para a maior eficiência dos serviços de saúde. É muito importante que estratégias de médio e longo prazo sejam instituídas, de modo que o desenvolvimento dos sistemas e os serviços de saúde estejam mais alinhados a condicionantes, tanto epidemiológicos quanto tecnológicos e de racionalidade econômica. As tendências epidemiológicas e da carga da doença no país estão não apenas a indicar, mas já como parte da realidade para aprofundar ainda mais o peso das doenças crônicas e degenerativas (SCHRAMM *et al.*, 2004) que requerem

outros modelos de atenção, em que novas tecnologias mais complexas necessitam ser mobilizadas. No entanto, o atual parque de serviços, sobretudo o hospitalar, encontra-se bastante defasado para as atuais e futuras demandas. Um exemplo é a importante defasagem de leitos de cuidados intensivos, frente a uma demanda que apenas começa a aumentar.

Outra exigência está colocada no próprio modelo de hospital, decorrente tanto das necessidades epidemiológicas, quanto das possibilidades tecnológicas, novas racionalidades econômicas e ainda da melhor integração a outros pontos de atenção nos sistema de saúde. Serão hospitais com maior escala de leitos, estes mais complexos, com mais tecnologia embarcada e com várias atividades deslocadas para fora da organização, tanto para o espaço ambulatorial, mesmo pré-hospitalar, como para o domicílio e ainda para novas organizações para cuidado, tanto de idosos quanto de casos crônicos não **agudizados*** e que requeiram tecnologias não tão complexas.

Em todo esse processo sobre o planejamento e gestão dos sistemas, mais do que a gestão dos serviços isoladamente, está depositada enorme responsabilidade e exigência de inovações.

***Agudizado** – tornar(-se) agudo, intenso, violento (o estado de uma doença).
Fonte: Houaiss (2009).

OS DIVERSOS MODELOS PRATICADOS ATUALMENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E EM ESPECIAL NOS HOSPITAIS

Nas áreas sociais e na saúde em particular não ocorreu estratégia reformista de modo satisfatório (estamos falando novamente da administração pública). Exceção feita ao caso já citado, mais focalizado nas organizações sociais de saúde de São Paulo, oriundas do Plano Diretor da Reforma de Estado. Poucos outros estados experimentaram, ainda que marginalmente, o modelo de OS, dentre eles a Bahia, o Pará e o Ceará. Em consequência

***Arrepio** – em direção contrária à natural; contra a corrente. Fonte: Houaiss (2009).

disso, o período pós-constituição foi uma década marcada por experimentalismos, muitos ao **arrepio*** de regulamentações jurídicas seguras. Conseqüentemente, os serviços de saúde brasileiros estão submetidos a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Na área de gestão de pessoas, por exemplo, e de forma extremamente emblemática, podemos estimar em várias dezenas as modalidades **criativas** de contratação.

Quanto ao regime, entendido como relacionado à propriedade do patrimônio e, ainda, às normas administrativas de seu funcionamento, divide-se em três grandes conjuntos:

- ▶ **O primeiro:** de caráter público e estatal, integra a administração pública direta e indireta.
- ▶ **O segundo:** constituído no âmbito privado, porém, com modo diferenciado de funções de interesse público. Esse grupo é definido como integrante do Terceiro Setor, operando para a administração pública, mediante condições legais específicas.
- ▶ **O terceiro:** também de propriedade privada, tipicamente operando com base nas regras de mercado, podendo ou não, mediante contratos, prestar serviços ao sistema público.

No caso brasileiro, é no segmento hospitalar privado – que concentra a maior parte dos hospitais – onde ocorre a maior parcela de internações para o SUS. Dados de 2006 registram no setor privado lucrativo e não lucrativo 57% do total das internações do SUS (SIH/SUS/MS). Em relação aos demais serviços, os serviços não hospitalares, a sua imensa maioria encontra-se na administração pública, 75% de todos os serviços de saúde sem internação do país (IBGE/AMS, 2005). Exceção ao Programa de Saúde da Família, cujos extraoficiais, estima-se que entre 70% e 90% dos seus trabalhadores estejam fora da administração pública, por meio de contratos de trabalho de diversas naturezas e em vários tipos de organizações (associações de moradores, sindicatos, igrejas, fundações de apoio, entre outros) mediante convênios ou outros instrumentos pactuados com a administração pública, quase sempre municipal.

O termo “criativas” está aqui referido devido à inventividade para fugir das regras públicas, gerando diversas modalidades de contratação de profissionais.

Para uma visão geral sobre como o estado brasileiro está organizado, observe a Figura 1 que ilustra a Administração Pública e o Terceiro Setor. Como os hospitais, vinculados à administração pública, temos os modelos próprios da administração direta – serviços e hospitais federais, estaduais e municipais, no caso federal, integrantes do próprio Ministério da Saúde, Ministério da Educação e ainda dos Ministérios Militares e em seguida das Secretarias Estaduais e Municipais. Esse primeiro grupo, vinculado à administração direta, é o maior, dentre os públicos. Nos níveis estaduais e municipais há ainda hospitais sob a condição de autarquias e fundações públicas, mantendo-se, no entanto, a administração direta como sendo o modelo mais praticado.

No espaço da sociedade, ainda observando a Figura 1, instituídas por particulares, e todas sem caráter lucrativo, encontram-se as organizações sociais (OS), as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), as fundações de apoio e, finalmente, os serviços sociais autônomos.

No setor típico privado, podemos encontrar as demais figuras jurídicas, lucrativas e não lucrativas instituídas com base no código civil brasileiro.

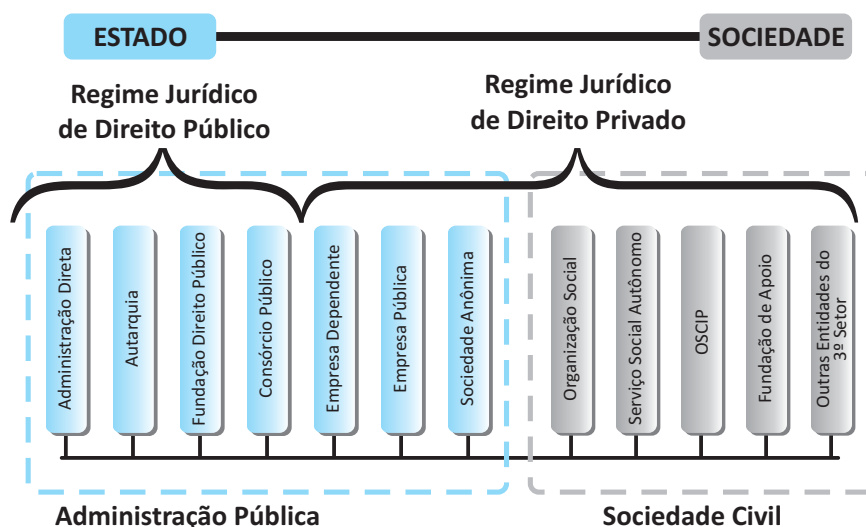


Figura 1: Gradiente de formas institucionais sob as quais o Estado atua na economia e no desenvolvimento social

Fonte: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/070718_PFE_Arq_formatos.pps#556,26,Slide26>. Acesso em: 16 dez. 2010.

Importante para o debate sobre os modelos de gestão em saúde são as organizações hospitalares na administração pública e, ainda, aquelas privadas não lucrativas, instituídas e qualificadas como de interesse da Administração Pública. É reconhecido o quanto os modelos da administração direta, autárquica e mesmo de fundação pública restringem a autonomia aos dirigentes hospitalares nos mais diversos âmbitos administrativos. Observando a Figura 1, podemos ver que esses entes, além de integrarem a administração pública, estão submetidos ao regime administrativo, exclusivamente, público com os constrangimentos e limites de autonomia impostos por diversas legislações. Destacamos a Lei n. 8.112 do regime jurídico único (RJU), na área de pessoal; a Lei das licitações n. 8.666, que regula compras e contratos; a Lei Orçamentária; e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que em particular impacta os governos e seus órgãos diretamente vinculados à questão dos tetos de gastos com pessoal para citar as principais.

Embora compondo a administração pública, os demais entes, como empresas e sociedades de economia mista, são regidos pelo direito administrativo privado, ainda que com algumas regras da administração pública. Assim, o regime de pessoal é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a obrigatoriedade de seleção pública, o regime de compras e contratos pode ser próprio, obedecidos determinados princípios da Lei n. 8.666, o orçamento também é próprio, assim como a contabilidade e outros instrumentos de gestão, caracterizando organizações com autonomia patrimonial, orçamentária e financeira.

É fato que, muito embora integrem a administração pública, esses entes possuem autonomia administrativa muito próxima daquela típica do setor privado. Para tais empresas, essa condição é imperiosa, pois atuam em áreas econômicas submetidas à

concorrência nacional e/ou internacional, com objetivos claros de competitividade e retorno econômico, além de objetivos estratégicos e outros, no interesse do Estado.

Observe que a organização do Estado, da nossa administração pública, permite dois grandes tipos de regime jurídico: um de natureza pública e outro de natureza privada.

Não podemos nos esquecer de que ambos estão dentro da administração pública, por isso, é importante não confundir administração pública de direito privado com administração privada, já que esta última é exclusiva das organizações privadas, lucrativas e não lucrativas. Ressaltamos, ainda, que a administração pública de direito privado implica na utilização de alguns instrumentos do regime privado, como já referido, dentro de uma **organização estatal**. Ser de natureza administrativa privada não é sinônimo de ser empresa privada.

É preciso ter isso claro e se restam dúvidas, vamos rever esses pontos, relendo e pesquisando em outras fontes. Essa dúvida não deve permanecer!

Especialmente após a Constituição de 1988, as limitações de autonomia para entes da administração direta, autárquica e fundacional aumentaram. A medida constitucional de maior impacto foi a eliminação da condição dada anteriormente para que as fundações públicas, portanto, **instituídas por lei**, pudessem operar sob regime do direito privado. Um bom exemplo disso é a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS), mas também são exemplos a Fundação Caetano Munhoz da Rocha, da Secretaria de Saúde do Paraná; a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; a Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Podemos, mais uma vez, lembrar o caso da Petrobras, que é estatal e tem vários instrumentos de gestão típicos das empresas totalmente privadas.

Uma organização ou ente instituído por lei, forçosamente, é uma organização pública e estatal; empresas privadas não precisam de leis para ser criadas, bastando que seus proprietários as registrem em cartório de pessoas jurídicas, conforme reza o código civil; assim, a organização pública nasce sempre por lei, com iniciativa do poder executivo ou legislativo; as empresas privadas dependem apenas de iniciativas dos cidadãos ou de outras empresas.

(FHEMIG); a Fundação para o Remédio Popular (FURP), de São Paulo; a Fundação de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará, etc. Essas Fundações, entre outros entes federais, estaduais e municipais, possuíam regime do direito privado e foram, após a constituição de 1988, transformadas em fundações públicas de direito público, que se convencionou denominar de “autarquização das fundações”, dado que a partir de então toda a sua gestão é similar ao de uma autarquia, com todos os ditames do direito público. Essa definição constitucional, ao causar importante restrição de autonomia gerencial para os órgãos da administração pública, acabou gerando diversos mecanismos alternativos com o intuito de recompor os padrões de autonomia.

Para a natureza organizacional hospitalar, com características bastante singulares sobre seu funcionamento, as exigências de autonomia para seus dirigentes já eram reconhecidas como condição de possibilitar superiores padrões de eficiência e qualidade. A década de 1990 foi farta no surgimento de modelos alternativos de gestão hospitalar que garantissem maior autonomia e governabilidade internamente às organizações. Na impossibilidade legal para entes próprios da administração pública, os modelos foram construídos a partir da sociedade, ou seja, da iniciativa privada, a maior parte não lucrativa. Entre os modelos mais utilizados tem destaque a constituição de fundações de apoio, que se constituem em entes privados, instituídos com base na Lei Federal n. 8.958/1994. Tais entes existem para “apoiar” um hospital, mas também universidades ou outros serviços, configurando um ente à parte e “ao lado” de um órgão da administração direta, autárquica ou fundacional pública. Modalidade bastante praticada junto aos **hospitais universitários públicos** (integrantes das autarquias universitárias), mas também em outros hospitais federais, por exemplo, a Fundação Ary Frauzino em apoio ao Instituto Nacional do Câncer/MS, e mesmo as estaduais, como a Fundação Zerbini – talvez a precursora desse modelo, em apoio ao Instituto do Coração/HCFMUSP.

Praticamente inexistem hospitais universitários, autárquicos ou vinculados a autarquias universitárias que não operam com apoio de uma fundação de apoio, seja própria ou cobrindo toda a respectiva universidade.

Essa figura jurídica independente de ação legal específica da administração pública – lei específica para cada fundação – é

simplesmente uma associação civil, privada, constituída por pessoas e que obtém registro para seu nascimento no cartório de pessoas jurídicas, ao registrar-se o respectivo estatuto. Mesmo antes da Lei n. 8.958/94 (Lei Federal que regulamenta a fundação de apoio), essa figura já era alternativa em voga. A finalidade de apoio a tal ente encontra-se instituída nos respectivos estatutos e sua operação formal junto ao ente apoiado baseia-se na quase totalidade dos casos em convênios ou termos de compromisso entre ambas as organizações.

No entanto, para além desses entes, outras modalidades foram praticadas, sempre em direção a associações e/ou contratações com organizações privadas. As terceirizações plenas (todo o hospital) ou parciais (serviços ou sistemas específicos intra-hospitalares) foram mecanismos também utilizados. Entre esses e com alvo no estrangulamento da gestão nos recursos humanos, muitos hospitais e mesmo secretarias operaram contratos com cooperativas para alocação mais flexível de mão de obra.

No início do ano 2000, diversos estudos, ao relatarem diferentes desempenhos entre hospitais, registraram o fato de que nos hospitais com desempenhos superiores, quase sempre é identificada alguma característica que permita o alcance de mais autonomia.

Nos anos mais recentes, os órgãos de controle público, em especial os tribunais de contas, os ministérios públicos federais, diversos casos no âmbito estadual e também no trabalho, além das controladorias jurídicas dos órgãos executivos, iniciaram processos com o objetivo de que as figuras jurídicas da administração pública, em particular as federais, retomem práticas estritamente legais. Assumiu-se nos órgãos de controle do Estado e do governo que as práticas visando ao alcance de autonomia de gestão entre entes da administração pública e da administração privada possuem limites legais, ultrapassados em vários aspectos.

Em especial, na gestão de recursos humanos, o governo federal e também os estaduais emitem normas limitando contratações de pessoal por meio de terceiras empresas (cooperativas, fundações de apoio, etc.) e, ainda, especialmente por ações dos ministérios públicos, passam a ser cerceadas várias

práticas administrativas antes vistas como legais ou pelo menos consentidas, incluindo repasses mediante convênios entre o SUS e tais entes. Os hospitais que haviam passado a depender de desses artifícios administrativos sofrem estrangulamentos importantes, comprometendo serviços já dependentes dos “apoios” de entes associados ou contratados externamente.

Em julho de 2006, a decisão de plenário do Tribunal de Contas da União emite resolução limitando em definitivo várias práticas administrativas a partir de fundações de apoio para hospitais federais no Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, esse documento reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública *empurraram* o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado com o intuito de viabilizar-se (Acórdão TCU 1.193/2006).

A seguir serão apresentados itens de referência geral dos diferentes tipos de personalidade jurídica apontados na Figura 1 e que têm significância para a discussão realizada aqui. Como referencial para a análise comparada, apresentamos de maneira sintética e didática a estrutura possível de personalidades jurídicas da administração pública brasileira. Utilizamos como referência para construir esses conceitos o texto de Madeira (2000), *Administração Pública Centralizada e Descentralizada*, e para dirigir esse olhar para as diferentes organizações, utilizamos o regime jurídico em que atuam tais organizações.

A partir de agora, veremos o Regime Jurídico de Direito Público e depois partimos para o Regime Jurídico de Direito Privado. Fique atento, pois é muito importante que você entenda o assunto para poder prosseguir com seus estudos.

Regime Jurídico de Direito Público

- ▶ **Administração Direta:** são as organizações dos três níveis de governo. É composta de órgãos de governo e, também, chamada de administração centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo; funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriado para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.
- ▶ **Administração Indireta ou Descentralizada:** é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).
 - ▶ **Autarquia:** é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de estado, como exercer o poder de polícia, mas tem sido usada para ensino (universidades) e para a saúde – hospitais, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO).
 - ▶ **De Regime Especial:** é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais – no caso da Universidade de São Paulo (USP).
 - ▶ **Agência Executiva:** é também uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de entidades de ensino e de pesquisa. Existem poucos exemplos ainda desta modalidade.
 - ▶ **Agência Reguladora:** autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação voltada para a realização de atividades no campo da regulação. São exemplos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA), Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), etc.

- ▶ **Fundação de Direito Público:** hoje, praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam na promulgação da Constituição de 1988. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e parte das Universidades Federais.
- ▶ **Consórcio Público:** estas personalidades são entes de cooperação entre municípios e ou entre estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde, etc. A gestão do consórcio se realiza por meio da instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de direito público, como no de direito privado (maior número de casos) e tem sido utilizada na área de saúde em São Paulo (Penápolis) e em Minas Gerais.

Regime Jurídico de Direito Privado


- ▶ **Fundação Pública de Direito Privado:** mais adiante será dedicada uma seção específica para as Fundações de Direito Privado.
- ▶ **Empresa Pública:** instituída por lei pelo estado para intervir no domínio econômico do setor privado em igualdade de condições com empresas privadas. Exemplos de empresas no espaço público: a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e a Caixa Econômica Federal (CEF), mas existe um hospital empresa pública instituído em 1970 e que é o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (FMUFRGS), que está muito bem gerenciado, ou seja, o modelo que serve a FINEP,

também dá certo para hospitais, sem transformá-los em empresas privadas.

- ▶ **Sociedade Anônima:** também é uma forma do estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a Petrobras, o Banco do Brasil, etc. Há ainda um hospital nessas condições que é o **Grupo Hospitalar Conceição** também no Rio Grande do Sul e que vem sendo bem administrado em suas cinco unidades hospitalares, com seus 1.800 leitos.
- ▶ **Serviço Social Autônomo:** esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, para dar condições ao estado de construir, operar e cobrar por esse serviço, também é uma forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, do comércio, etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores – Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).

É interessante registrar que após a Constituição de 1988 esterilizar as fundações públicas, o Hospital das Pioneiras Sociais, então Fundação, foi transformado em Serviço Social Autônomo e continua tão exemplar, como sempre foi, graças à autonomia garantida por essa personalidade jurídica. Aliás, hoje, é uma rede que se estende por cinco estados.

- ▶ **Organização Social (OS):** regida pela Lei n. 9.637/98, é uma personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Contrato de



Esse hospital tem um passivo trabalhista imenso, que induz o atual governo a transformá-lo em outra “coisa”, não para melhorar a gestão e sim para isolar o passivo trabalhista.

Gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; e tem privilégios tributários. Na área da saúde foi implementada como alternativa à gestão hospitalar pública pelo Governo de São Paulo.

- ▶ **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP):** regida pela Lei n. 9.790/99 “Lei do Terceiro Setor”, são entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público (Ministério da Justiça), não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Termo de Parceria e seus objetivos são ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecer o Terceiro Setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela Lei n. 8.666 e os convênios; não é modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com frequência na área cultural.
- ▶ **Outras situações:** Fundações de Apoio: este é um caso interessante, já que essas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como as demais fundações), instituído por particulares, mas afetados pelo objetivo de apoiar o setor público, essas fundações têm sido chamadas de fundações de terceiro tipo.
- ▶ **Convênio:** também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares, operando situações de parceria, os

convênios têm sido usados, quase abusivamente, pelas diversas esferas de governo. A vantagem é que como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que torna esse mecanismo muito ágil. Porém, ele é muito frágil do ponto de vista dos controles e, por isso, também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do estado (Tribunais de Contas e Ministérios Públicos).

Muito bem, você entendeu o Regime Jurídico de Direito Público e o Regime Jurídico de Direito Privado? Se ficou alguma dúvida, releia o texto para obter total entendimento. Entender o assunto é muito importante para que você continue o seu aprendizado!

PREMISSAS E PARÂMETROS PARA MODELOS EFICIENTES

No caso específico dos diferentes modelos, na busca de alternativas para a gestão em saúde, em particular de hospitais, a questão a responder é a da eficiência. Os hospitais são agências extremamente complexas, e construir modelos que aperfeiçoem sua capacidade de produzir resultados sanitários não se enquadra na busca de maior competitividade e sim na busca de uma agência mais efetiva para a sociedade.

Naturalmente, essas soluções não se voltam apenas para hospitais, podendo servir para gerenciar redes, ambulatórios, etc.

É importante mencionar novamente que as alterações no ambiente recente da saúde, bem como as tendências já identificadas – revolução demográfica, revolução epidemiológica, aumento dos custos para incorporar novas e crescentes cargas tecnológicas, o advento e barateamento do uso das tecnologias de informação – TI, a luta corporativa travada na área da saúde com o advento de muitos novos profissionais que disputam sua inserção no modelo assistencial, os direitos adquiridos pela sociedade pós-constituição de 1988, etc., compõem um novo e até então inexistente cenário. Esse conjunto de mudanças transformou de tal forma o ambiente que olhar para as soluções do passado significará não conseguir fazer frente aos desafios do presente. Portanto, há que se construir novas soluções. Não é possível uma busca de alternativas sem parâmetros, referências que sejam balizadoras para novos modelos.

Buscamos mais eficiência, acompanhada de mais qualidade e segurança, no cuidado aos pacientes e usuários dos serviços. Serão vários os atributos a serem considerados para modelos eficientes e com segurança e qualidade no cuidado, conforme identificados a seguir. Mas de imediato, uma condição e atributo básico de qualquer modelo é a autonomia de gestão. Trata-se necessariamente de um “jogo de pesos e contrapesos”, mais autonomia, mais eficiência, menos controle e menos subordinação a um poder central. A relação entre autonomia e eficiência, resultados, têm documentação no mundo moderno, não se tratando de dogma (MINTZBERG, 1995; MOTA, 1991).

No modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde e mais grave ainda quando se trata de hospitais. O modelo centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos. Maior autonomia de gestão significa dotar os dirigentes hospitalares de maior poder de decisão, como igualmente responsabilizá-los pelo desempenho dessas organizações. Confere maior agilidade e flexibilidade à condução dos hospitais públicos, estabelecendo condições mais efetivas para que essas organizações

respondam às políticas, às diretrizes, aos incentivos governamentais e em especial aos gestores do sistema. Modelos fundados em uma maior autonomia de gestão devem ainda resultar na conquista de maior estabilidade política para os serviços e hospitais.

Não devemos, no entanto, confundir autonomia com soberania, já que a primeira requer forçosamente a adoção de novos e enriquecidos dispositivos de acompanhamento, prestação de contas e responsabilização, sejam conselhos superiores de administração, contratos de gestão ou ainda controles externos, tanto no âmbito do Estado como no da sociedade.

O tema da autonomia deve ser ainda considerado em várias dimensões, cobrindo os mais amplos campos ou frentes da prática gerencial, incluindo a gestão orçamentário-financeira, toda a área de compras e contratos e até mesmo a autonomia para associações com outros serviços. Particular ênfase deve ser conferida à autonomia na gestão das pessoas, dada a condição de organizações do tipo profissional que exige capacidades gerenciais autônomas específicas para a mobilização, valorização, controle e avaliação dos profissionais e de suas práticas.

Quanto à definição do **escopo** do hospital, a autonomia deve ser fortemente condicionada, devido à necessária integração do hospital na rede de serviços e a submissão dele aos papéis pactuados com os gestores do sistema. O contrato de gestão será o instrumento negociado para tratar de regular a autonomia de escopo, entendido como perfil e projeto assistencial, de modo que, comparado a modelos clássicos de gestão, deverá ser na prática contida.

Observe que há certo consenso de que nos modelos de baixa autonomia de gestão, a autonomia dos dirigentes locais e

Podemos traduzir a noção de escopo, como a configuração de atenção assistencial ou o conjunto dos serviços que estão contidos dentro de uma organização, com suas complexidades, estruturas, incluindo pessoas, equipamentos, instalações; do escopo de uma organização faz parte ainda a sua dimensão administrativa e logística (administração geral, manutenção, serviços gerais, etc).

mesmo dentro de um serviço ou hospital, quanto ao escopo assistencial seja grande, podendo abrir, fechar ou alterar tipos, volumes e padrões da assistência, sem maiores controles dos níveis centrais, essa autonomia será forçosamente contida nos novos modelos gerenciais. Reflita sobre isso!

Outros atributos devem ser considerados para novos modelos, tratando-se de estarem adequadamente contemplados nas bases legais e nas configurações dos sistemas, instrumentos e práticas a estruturarem a gestão. Os atributos são compreendidos como recortes um tanto quanto arbitrários, dado que na prática eles são não apenas interdependentes, mas, por vezes também possuem limites pouco claros ou interseções entre os seus campos. Determinadas características serão transversais, apresentando-se como de caráter mais finalístico, sendo então arroladas entre os atributos associados à missão e às finalidades do serviço. É o caso dos atributos da qualidade e da eficiência, obrigatoriamente presentes ou interativos em relação aos demais atributos.

Lembre-se de que os principais atributos foram apresentados na Unidade 1 desta disciplina.

Esses atributos apresentam-se como referências, considerados em modelos e práticas de gestão para hospitais e demais serviços de saúde com finalidades públicas, portanto, integrantes do SUS. Ao mesmo tempo e de modo associado, algumas premissas são fundamentais para a base legal das estruturas a serem consideradas.

Então, devemos considerar quatro grupos de premissas respeitadas:

- ▶ **Subordinação à Política de Saúde do nível de governo em que a organização se inserir:** essa questão é crucial, porém é preciso ter cuidado em realizar uma soma com resultado zero. É possível subordinar a política por meio de mecanismos como os contratos de gestão e os termos de ajuste. É com esses instrumentos que se viabiliza a equação do financiamento e o acompanhamento da execução e cumprimento das metas pactuadas. Será preciso

cuidar, dentro dessa premissa, de eventual excesso de constrangimentos legais, para garantir um **controle cartorial**. A solução (um eventual modelo burocrático, apesar de legal) deixará de ser solução.

► **Legalidade:** muitas vezes parece que a proposta de criar uma solução dentro do âmbito da eficiência busca contornar a lei, **conspurcá-la***. Porém, não é bem assim e, por isso, a lei que cria a alternativa deve ser clara nas diferenças que propõe (gestão orçamentária, gestão de pessoal, gestão de materiais e contratos, gestão da estrutura organizacional e cargos). Na verdade, as diferentes figuras disponíveis no direito administrativo para gerir organizações não são congenitamente de uma maneira ou de outra, são o que a sua lei instituidora delimita em função de seus objetivos.

► **Eficiência Gerencial:** ser eficiente expressa fazer mais com os mesmos recursos. Portanto, o desafio é ser mais eficiente, ou seja, entregar mais daquilo que se tem de entregar. Com mais eficiência, respeitada a eficácia, ou seja, os padrões de qualidade, é possível alcançar mais efetividade ou, simplesmente, mais impacto. Aqui as consequências do que foi definido nas duas premissas anteriores serão decisivas. Por exemplo, com a atual estrutura do processo orçamentário da administração direta ou autárquica/fundacional, não é possível ir longe, em termos de eficiência. E isso não significa ficar sem o orçamento como instrumento gerencial e legal. Não podemos ser eficientes utilizando o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal. Considerar o contrário é ingenuidade ou hipocrisia. O estatuto deve ser utilizado apenas para as carreiras típicas de estado. Não podemos comprar utilizando a regra estrita da Lei n. 8.666, apesar dos pregões terem melhorado bastante esse item. A estrutura organizacional deve ser fixada pela organização e ser



Quando falamos de “controle cartorial”, estamos destacando o controle burocrático sobre os processos e que se fixam basicamente no controle das normas administrativas aplicáveis.

***Conspurcá-la** – de conspurcar: fazer recair dúvidas sobre a integridade de; macular, infamar, desonrar. Fonte: Houaiss (2009).

modificada sempre que for necessário. Enfim, gerenciar e alcançar resultados exige autonomia e responsabilização, por causa das condições fixadas no contrato de gestão e pela quarta premissa.

- ▶ **Capacidade de Controle:** este é um gargalo importante. Tribunal de Contas, Ministério Público, Secretarias de Controle Interno, etc. são órgãos quase, exclusivamente, voltados para controle de meios e não de resultados. O **contrato de gestão** é uma coleção de metas, de resultados e não existe um adequado preparo para essa tarefa. O estado tem que melhorar a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição dessas organizações, isso se dá tanto do ponto de vista da execução como do alcance dos resultados. A questão da execução deve sempre levar em conta o grau de autonomia que a lei definiu, mas não permite que a contratação de pessoal seja realizada sem seleção e, portanto, sem clientelismo, da mesma maneira as compras devem ser realizadas dentro de regras que evidenciem a forma da tomada de decisão e o não favorecimento de fornecedores. Enfim, uma gestão legal deve ser fiscalizada para garantir que os dinheiros públicos sejam utilizados legalmente. Este é um grande desafio para o estado brasileiro: desenvolver sua capacidade de fiscalizar de fato.

Veremos sobre este assunto mais adiante.



PERSPECTIVAS PARA UMA NOVA FIGURA JURÍDICA NO INTERIOR DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Debates que ganharam consistência no final de 2005 indicam tendências quanto à formulação de novo modelo jurídico para os hospitais públicos e para os serviços de saúde integrantes da

administração pública, portanto, do SUS. Dentre os elementos característicos que se destacam como consenso entre os especialistas e formuladores, encontra-se a dimensão autonomia de gestão, mantendo-se para o mesmo a sua condição estatal e pública.

As atuais formulações governamentais para a administração pública brasileira sugerem um novo ente estatal, com natureza pública submetida ao regime do direito privado. A sua possível inserção na administração pública está representada na Figura 2.

Esse novo ente disporia de autonomias nas áreas de gestão de recursos humanos, compras e contratos, patrimonial, orçamentária e contábil. A sua configuração encerra as autonomias já típicas das empresas públicas brasileiras, ressalvando pela natureza fundacional a sua condição para atuação exclusiva em área de natureza social, tais como a saúde, a educação, a ciência e a tecnologia, o esporte, a cultura, o turismo, dentre outras.

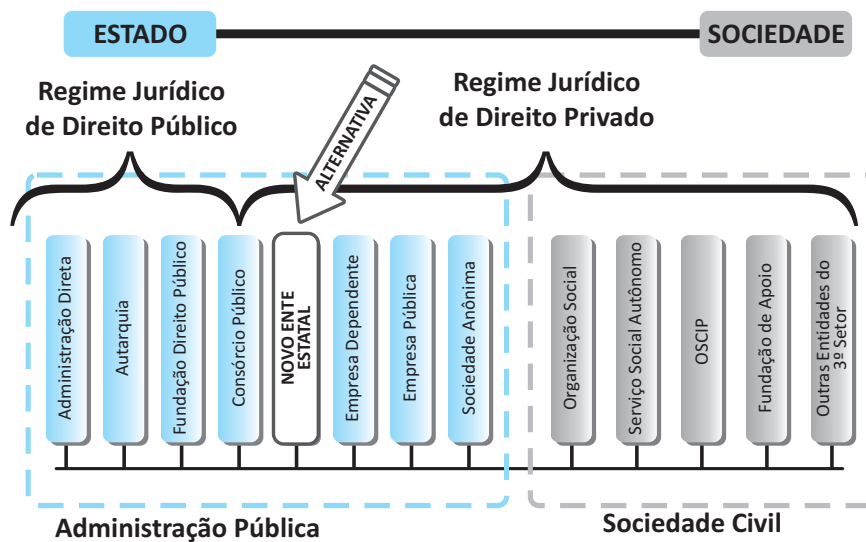


Figura 2: Gradiente de formas institucionais sob as quais o Estado atua na economia e no desenvolvimento social, incluindo um possível novo ente organizativo

Fonte: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/070718_PFE_Arq_formatos.pps#556,26,Slide27>.

Acesso em: 16 dez. 2010.

Quando dizemos “insuficiente”, queremos reforçar que de modo concomitante aos novos formatos jurídicos, aspectos relacionados a sistemas e instrumentos de gestão, profissionalização, financiamento, etc., também são fundamentais para novos modelos e desempenhos mais eficientes, eficazes e efetivos.

Uma nova alternativa jurídico-administrativa governamental, de base autonomista é, seguramente, uma condição necessária, ainda que **insuficiente**, para novos modelos de gestão aplicáveis a serviços públicos de saúde, sejam hospitais ou redes básicas. O hospital e os demais serviços de saúde ao integrarem sistemas de saúde, e, no caso particular, exclusivamente o Sistema Único de Saúde, necessitam de elevada cooperação com os demais componentes do sistema, assegurando que agreguem a eles outras dimensões além da eficiência, fortemente dependente da autonomia. Dimensões como acesso, continuidade do cuidado, foco nas necessidades de saúde, complementaridade, somente são alcançáveis mediante mecanismos cooperativos, pactuados entre os agentes do sistema e que integrem de forma consistente o hospital ao sistema de atenção. Essa condição, para ajustar-se adequadamente às lógicas maiores de gestão da rede de serviços nas esferas do sistema, impõe papel diferenciado e reitor dos gestores e entre os gestores dos sistemas.

A Figura 2 expressa tendências, fruto de acúmulos alcançados, para novas alternativas organizacionais aplicáveis a hospitais públicos e que considerem a autonomia dentro da própria administração pública.

A nova figura seria designada, com base em definição constitucional de Fundação pública de direito privado, com as seguintes características centrais, de acordo com Salgado (2007):

- ▶ **Sujeição ao Direito Público:** lei autorizadora (e registro de seus atos constitutivos no cartório competente); controle do Tribunal de Contas; equiparação de seus empregados para os fins previstos no artigo 37 da Constituição Federal; escolha pública para a contratação de pessoal; compras e contratos por meio de licitação; e extinção dependente de lei.
- ▶ **Consequências do Regime do Direito Privado:** bens penhoráveis; não beneficiária do processo de execução contra Fazenda Pública (precatórios) – artigo 100 da Constituição Federal; não terá juízo privativo;

regime jurídico dos empregados – CLT; regida pelos seus estatutos e pela lei autorizadora; prazos processuais comuns; imunidade tributária, conforme previsto no artigo 150, § 2º da Constituição Federal; não está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente no que tange aos limites de despesas com pessoal.

- ▶ **Controle e Fiscalização:** normas de controle e fiscalização previstos nos estatutos – Conselho Externo de Administração; supervisão do Ministério da Saúde e demais instâncias de contratação regional e/ou municipal; Tribunal de Contas; Ministério Público; subordinação ao controle social em saúde exercido pelos Conselhos de Saúde Local e Regional/Estadual em decorrência da inserção do hospital no Sistema Loco-regional.
- ▶ **Contrato de Gestão:** objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto percentual para gastos com pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente.
- ▶ **Estrutura Organizacional:** Conselho Curador (de Administração) – órgão de direção superior, controle, fiscalização e avaliação; Comissão ou Conselho Fiscal – órgão de assessoramento ao conselho curador na área de gestão contábil, patrimonial e financeira; Conselho de Direção – Direção Executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, administrativa e financeira.
- ▶ **Regime de Pessoal:** regime jurídico da CLT; aprovação do plano de carreira e salários pelo

Conselho Curador, incluindo benefícios, reajustes, etc., em consonância com contrato de gestão; previsão na lei das demissões pela CLT; previsão na lei para o enquadramento/alinhamento do pessoal estatutário – processo de transformação.

- ▶ **Compras e Contratos:** contratação de serviços, obras, compras, alienação, locação, nas modalidades de pregão e consulta pública, na forma com que for disciplinado em regulamento próprio da fundação, observadas as regras gerais das legislações específicas – Lei n. 9.472/97, artigo 54 e Lei n. 9.986/00 que estendeu a todas as agências reguladoras a possibilidade de uso das modalidades consulta e pregão.

Na análise comparativa das características da proposta de Fundação pública de direito privado para gestão em saúde, hospitais e os demais serviços com as outras formas jurídicas, a que mais apresenta pontos comuns são as Organizações Sociais.

Se pensarmos nas premissas e nos parâmetros expostos anteriormente, essas duas de certa forma preenchem as dimensões referidas. Reflita sobre isso e discuta com seus colegas de curso e tutores.

Algumas questões levantadas por profissionais e por gestores ligados ao SUS merecem ser referidas, observe a seguir.

- ▶ A característica do SUS de ser uma entidade integrante da administração pública indireta, com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial. A fundação estatal, como é conhecida a fundação pública de direito privado, e o contrato de gestão são modelos que possibilitam modernizar o Estado acabando com a visão dos anos de 1990 de

que isso somente seria possível fora do Estado, como se o Estado pudesse ser substituído pelo setor privado ao invés de complementado em algumas ações e serviços, quando e se necessário.

- ▶ Se o contrato de gestão observar princípios como: subordinação da autonomia aos objetivos do serviço público e à qualidade de sua prestação; compromisso dos órgãos e entes públicos na gestão de um serviço de qualidade; consagração do controle social; reforço da responsabilização dos dirigentes públicos mediante o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do desempenho do serviço prestado; adequação dos recursos aos resultados que se pretendem – será um instrumento inovador de gestão pública, em especial para a área da saúde.
- ▶ A presente iniciativa pode representar a reintrodução do tema da reforma hospitalar na agenda governamental, articulando-o à retomada do debate em torno da reforma do Estado brasileiro. A atual proposta pode ter um efeito demonstrativo e multiplicador no país (BARBOSA, 2006).

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, leia o seguinte texto:

📖 *Trajетória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas* – de Fernando Luiz Abrucio.

Resumindo



Nesta Unidade vimos que os anos recentes, em particular após o SUS, foram ricos em inovações e desafios para a atenção e a gestão em saúde em nosso país. O acelerado desenvolvimento tecnológico em saúde, combinado com perspectivas de políticas públicas mais efetivas e equânimes se fazem acompanhar de exigências mais racionais no campo organizacional, além de economicamente sustentáveis. Trata-se de equação de enorme complexidade, ainda mais ao somar-se a necessária transparência e controle social sobre as políticas mais gerais, aplicação de recursos, ações e resultados efetivamente alcançados por cada serviço. A resolução da equação, por mais que esteja em curso, já com ganhos notórios para o sistema e para a população, segue com limites, contradições e paradoxos. Ainda devemos registrar uma limitada clareza sobre como estabelecer um padrão estratégico de desenvolvimento para a atenção à saúde e em especial hospitalar no país, alinhado, adequadamente, às políticas e aos programas em atenção básica e hospitalar, considerando a altura dos novos padrões de complexidade das doenças, que exigem mais tecnologia incorporada aos hospitais e concomitante menor número de leitos no sistema. Especialmente na área da atenção hospitalar, somente é possível com novos hospitais, no sentido de novas tecnologias e práticas hospitalares. Não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar, sem que igualmente novos tipos organizativos e novos modelos de ges-

tão surjam. A atenção e a gestão são elementos interdependentes.

Também aprendemos que há conhecimentos e experiências acumuladas tanto na atenção quanto na gestão hospitalar, obrigatoriamente considerando outros países. Há ainda certa efervescência, como se estivéssemos próximos de novos horizontes, quando já são perceptíveis alguns novos padrões, com potenciais para deslocamento de antigos e desgastados modelos hospitalares.

É fundamental reconhecer que o estado brasileiro está defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde. Existem soluções. Algumas estão já em uso. Isso foi demonstrado por meio de estruturas como hospitais-empresa, hospitais-serviço social autônomo, hospitais como organizações sociais, etc. No entanto, entre outras questões cabe-nos discutir e resolver a armadilha legal. Parte dessas soluções confronta em maior ou menor grau, a depender de interpretações jurídicas, o estado de direito.

Por outro lado, a experiência do Estado de São Paulo com as OSs é muito iluminadora. Recentemente, o Banco Mundial realizou uma análise extensiva e isenta de seus resultados e a conclusão foi de que a experiência é totalmente exitosa e que o estado aprendeu a controlar o privado, referência deste estudo (de acordo com premissa já formulada). Portanto, o velho **axioma*** de que vontade política é um ingrediente fundamental da equação pública continua ativo e operante, porém, vale a pena buscar mais alternativas, afinal este é um país gigantesco e a padronização é limitante.

***Axioma** – máxima, provérbio, sentença. Fonte: Houaiss (2009).

A fundação pública de direito privado é importante e uma nova alternativa, já que alguns estados saíram na frente em sua implementação (embora ainda não plenamente operacionalizadas, existem fundações estatais no Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e Pernambuco, além de algumas também em municípios). Ao estar na esfera do estatal, ela deverá ser uma possibilidade a mais ao lado das alternativas situadas no espaço privado. Porém dependerá de duas questões: como ela será implementada, em particular no que se refere à gestão de pessoal. Se forem realizadas concessões corporativistas, a solução será mais um problema.

Finalmente, nesta Unidade, não discutimos “a solução”, mas as alternativas dentro da complexa trama de problemas dentro da qual se movimenta a organização do estado moderno. Certamente, para deixar claro, salientamos que gerir é fundamental, mas sem recursos é inócuo, ou seja, a questão do financiamento continua sendo vital. E mais vital ainda é a disposição da sociedade brasileira em fazer do discurso do direito à saúde um dever cumprido.

Essa é a tarefa da sociedade!



A *atividades de aprendizagem*

Agora chegou o momento de você conferir se obteve bom aprendizado sobre o que abordamos nesta Unidade, para tanto, responda à questão proposta a seguir. Se precisar de auxílio, não hesite em entrar em contato com o seu tutor. Lembre-se de que ele está à sua disposição para ajudá-lo no que for necessário.

Bom trabalho!

1. Considerando diferentes formatos jurídicos organizacionais na área de saúde, procure identificar duas organizações (hospitais, centros de saúde, policlínicas, etc., com exceção de postos de saúde ou simplesmente PSF), sendo uma estatal (administração direta, autarquia ou fundação) e outra privada (lucrativa ou não). Comente diferenças encontradas (ao menos 5 pontos de diferença, podendo ser nas práticas de gestão ou mesmo na forma de atenção) à luz do texto que acabou de estudar.

UNIDADE 3

CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar as características das organizações públicas de saúde;
- ▶ Conhecer as combinações variáveis aos tipos de organizações; e
- ▶ Discutir sobre os objetivos que compõem uma organização possuidora de um sistema de saúde.

CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

Prezados estudantes,

Iniciaremos, agora, a Unidade 3 desta disciplina. Nesta Unidade, você verá as características das organizações públicas de saúde, conhecerá as variáveis que conformam os diferentes tipos organizacionais e discutirá sobre os objetivos que concorrem para o desempenho das organizações de saúde, considerando contextos de redes e sistemas.

No campo da gestão, teoria e prática, já é bastante difundida a noção de que os hospitais encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões.

- ▶ A primeira está relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo, como o produto.
- ▶ A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, no intento do alcance de produtos e resultados globais em níveis de eficiência e eficácia.

Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais aplicáveis às organizações hospitalares, forçosamente, exige uma compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade. Assim, é importante considerarmos algumas compreensões sobre a natureza dos serviços públicos de saúde à luz de algumas concepções organizacionais presentes na literatura.

As formulações sobre as organizações que compõem o campo da Teoria das Organizações, ou, como prefere Motta (1990), **das Teorias Organizacionais**, constituem campo bastante vasto, embora em um período histórico relativamente curto. No entanto, a evolução dos conhecimentos não tem, necessariamente, provocado descarte de contribuições anteriores. O que podemos perceber é mais um processo acumulativo, em que novas ênfases e abordagens tratam de subordinar lógicas formuladas anteriormente. Podemos dizer que esse processo traduz mesmo os limites para se produzir “teorias” que expressem toda a complexidade que cerca as organizações. Dussault (1992, p. 9-10), em poucas palavras, identifica as principais abordagens que historicamente se apresentaram.

A visão delas (teorias das organizações) passou de entidades programáveis, funcionando como máquinas, a sistemas complexos [...] Gradualmente, a visão racionalista e positivista (“onebestway”) foi trocada por outra que aceitava a existência da interdeterminação (contingência) e, mais recentemente, segundo uma nova corrente da literatura (LINCOLN, 1985; WEICK, 1989) com uma visão naturalística, que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico, holográfico [...]

Há ainda outras formas de explicar as organizações, por exemplo, o uso de metáforas é uma delas, sendo Morgan (1991) um autor de referência nessa forma de teorizar as organizações. As suas metáforas são conhecidas, possibilitam explicar o funcionamento das organizações, isso ilustra eloquentemente a dificuldade da teorização de uma realidade tão complexa.

Nesta Unidade, a opção para explicação das organizações de saúde e, especialmente, as hospitalares está amparada na lógica construída por Mintzberg (1989, p. 10), que

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

Para a diferenciação organizacional ou definição de “tipos de organizações”, Mintzberg (1989) considera algumas combinações de variáveis.

- ▶ Um primeiro conjunto de variáveis é construído a partir da identificação de partes componentes de qualquer organização, sendo elas:
 - ▶ o centro operacional – onde se localizam os operadores que produzem os bens ou serviços típicos da organização (para o caso dos serviços de saúde, são serviços finalísticos, nos quais estão os médicos, os enfermeiros e os demais profissionais em serviços diretamente relacionados com os usuários);
 - ▶ o centro de decisão – onde estão os dirigentes;
 - ▶ o nível intermediário (*middeline*) – composto por gerentes e supervisores;
 - ▶ a tecnoestrutura – onde se localizam os especialistas, técnicos ou analistas que planejam o trabalho dos operadores; e
 - ▶ o pessoal de apoio.
- ▶ O segundo conjunto de variáveis considerado diz respeito aos mecanismos de coordenação do trabalho, que podem ser:
 - ▶ de ajuste mútuo – supervisão direta;
 - ▶ de padronização;
 - ▶ de qualificações;
 - ▶ de processos;
 - ▶ de produtos; e
 - ▶ de normas de comportamento.
- ▶ Um terceiro conjunto de variáveis é designado por Mintzberg (1989) de parâmetros básicos, que compreendem:

- ▶ o grau de especialização das funções, de formalização dos comportamentos;
 - ▶ o tipo de treinamento necessário, de agrupamento das unidades (tipo de departamentalização), dos mecanismos de ligação entre as unidades, do sistema de planejamento e de controle; e
 - ▶ o grau de centralização das decisões.
- ▶ Por último, como variáveis a se combinarem para a conformação das configurações, há os fatores contingentes ou situacionais, que enquadram:
- ▶ a idade da organização;
 - ▶ o seu tamanho;
 - ▶ o sistema técnico de produção;
 - ▶ a complexidade tecnológica (essencialmente equipamentos);
 - ▶ o nível de estabilidade do ambiente; e
 - ▶ a organização do poder (nível de autonomia em relação ao controle externo).

Em decorrência, são sete as configurações organizacionais ou tipos concebidos por Mintzberg (1989) que expressam sete **combinações típicas** entre o conjunto de variáveis apresentadas.

SERVIÇOS DE SAÚDE: ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS

No nosso caso, que são os hospitais e os demais serviços de saúde, o que importa é a configuração profissional, assumindo, portanto, que as organizações de saúde são organizações do tipo

profissional, segundo a abordagem de Mintzberg (1989). No entanto, está ressaltado a própria compreensão do autor de que em uma mesma organização convivem todas as configurações, sendo que uma delas mais se sobressai.

Assim, o conceito de organizações profissionais é assumido, nesta Unidade, como categoria de referência para a caracterização dos hospitais e serviços de saúde.

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

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

Há, especialmente para o médico, uma importante autonomia em relação às suas decisões técnico-profissionais, com um conseqüente desafio: como coordenar a existência de trabalhos com significativa autonomia, a ser mesmo assegurada em algum nível, articulando-os racionalmente em torno de uma missão e de objetivos pactuados para a organização como um todo?

Observe que os dois parágrafos anteriores sintetizam os principais motivos para a complexidade em dirigir e coordenar internamente um serviço de saúde e mais ainda se esse serviço for um hospital grande e diferenciado.

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

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

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

Autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos (de profissionais) com interesses divergentes, o

que explica a dificuldade de se fazer mudanças na organização inteira. Paradoxalmente, mudanças acontecem facilmente, ao nível das unidades, justamente por causa da autonomia dos operadores. (DUSSAULT, 1992, p. 11).

Essa observação é necessariamente considerada em **cotejamento*** com as compreensões de **Matus** sobre descentralização. Esse **paradoxo** pode ser visto como **problema tipo oportunidade** para o caso de hospitais, outros serviços de saúde e de organizações profissionais que optem por modelos gerenciais como o preconizado adiante nesta disciplina e que incentiva a descentralização.

É inegável que sejam organizações de poder compartilhado, mesmo entre os profissionais, como assinala Lemos (1994, p. 121), há uma tendência para o isolamento entre si, de grupos e de subgrupos, com o surgimento de objetivos diferentes, “onde grupos de especialistas médicos, tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente a partir da perspectiva da sub-especialidade em questão”.

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

A natureza do trabalho médico possui ainda outra importante característica, a de ser consumida no próprio processo de produção já que cada processo apresenta singularidades condicionadas pelo cliente. São processos não padronizáveis, com pouca tolerância ao erro e bastante determinados pelo poder/saber profissional, e isso condiciona enormemente a decisão que deve ser tomada para cada tarefa

***Cotejamento** – de cotejar: estabelecer comparação entre; investigar (semelhanças e/ou diferenças) entre (uma ou mais coisas); comparar. Fonte: Houaiss (2009).



Saiba mais

Carlos Matus

Foi Ministro da Economia do Governo Allende, tendo longa carreira de docência e pesquisa; tem atuado junto à Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL e ao Instituto Latino Americano de Planificación y Desarrollo – ILPES; no Brasil, já ministrou diversos cursos, para quadros dirigentes governamentais, docentes de diversas universidades e mesmo sindicalistas, especialmente para escolas sindicais; igualmente, tem realizado inúmeras consultorias para diversos governos estaduais e órgãos federais; preside em Caracas a Fundação ALTADIR, empresa privada que atua em linhas de consultoria e formação junto a organismos de governo em toda América Latina. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

enfrentada. Veremos adiante como é relativamente baixo o grau de certeza em relação ao desempenho dessas tarefas, expresso pela baixa disponibilidade de informações para o processo decisório afim.

No âmbito do SUS, é importante considerar ainda algumas características típicas das organizações públicas. Motta (1989, p. 25) utiliza os termos “repleto de incongruências e ambiguidades” quando se reporta a algumas características da administração pública. As *incongruências* não são de difícil identificação e, para tanto, algumas categorias de análise podem ser utilizadas, tais como:

- ▶ centralização x autonomia;
- ▶ interesses privatistas ou corporativos x responsabilidade pública;
- ▶ deveres e obrigações da administração x escassez de recursos;
- ▶ racionalidade burocrática x ênfase nos resultados; e
- ▶ complementariedade x divergência de objetivos.

Há ainda outra condição que afeta particularmente as organizações públicas de saúde e que diz respeito ao fato delas comporem o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa condição adicional traz consequências importantes, entre elas a própria tendência à uniformidade de regras extensivas a todas as organizações de saúde, desconsiderando, muitas vezes, as suas especificidades. No caso do SUS, as regras uniformizadas de financiamento são um exemplo, assim como todas as demais regulamentações universais específicas do setor público de saúde.

Dussault (1992, p. 13) concorda que as organizações públicas são mais dependentes do ambiente sociopolítico do que as demais e afirma que “seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização”.

Nesse caso, uma das dimensões da regulação está determinada pelos sistemas de controles, enfaticamente sobre os meios e os processos. Esses controles, externos e centralizados, são em geral extensivos, não importando a diversidade organizacional e as características de cada processo de trabalho. Dussault (1992,

p. 13) define essa regulação externa indiferenciada de “contaminação burocrática”.

Do lado das organizações, o melhor seria que não houvesse controles. Não podemos considerar, de maneira geral, a substituição das lógicas dos controles sobre os meios para controles sobre os fins. Apesar das **tendências e dos avanços na Administração Pública**, a racionalidade burocrática, que expressa o pretenso valor do cumprimento de normas de processo, prevalece sobre a racionalidade e sobre os resultados. Aqui é possível fazer uma **digressão*** sobre o que significa uma lógica burocrática aplicada a organizações do tipo profissional, como é o caso dos hospitais. Como visto anteriormente, com os aportes de Mintzberg (1989) e de Dussault (1992), a burocracia centralizadora seria característica dominante de organizações mecanicistas, em que o mecanismo de coordenação principal é a padronização do processo de produção.

Conforme tratados em parte na Unidade 2 e, também, na Unidade 6.

***Digressão** – afastamento, desvio momentâneo do assunto sobre o qual se fala ou escreve. Fonte: Houaiss (2009).

Quando o principal mecanismo de coordenação do trabalho é a padronização de qualificações, a lógica burocrática acaba por não surtir efeito, servindo mesmo para gerar disfunções organizacionais.

ALGUNS DESAFIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A administração pública, apesar de conter organizações diversas, com vários tipos de trabalho e, portanto, necessitando de diferentes mecanismos de coordenação e controle, ainda, é uma grande burocracia. Castor e França (1986, p. 6) afirmam que a “[...] administração pública brasileira tem sido fortemente fascinada pela uniformidade [...], apesar dos baixos níveis de eficiência e adequação desses sistemas (nacionais) [...]”.

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

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

A definição de objetivos, outra categoria a ser considerada nas organizações públicas, também está forçosamente referida a fortes condicionamentos do sistema maior. Os objetivos seriam de competência local, nos limites em que os meios possibilitam e obedecem a diretrizes centrais. No entanto, centralmente, associada à ênfase de controles nos meios e processos, as diretrizes, como expressão de políticas, se traduzem em uma indefinição generalizada de objetivos. Segundo Lemos (1994, p. 130), com apoio em Motta (1985), há dificuldades dos dirigentes para assumir objetivos claramente especificados nos níveis centrais, assim “se não se sabe claramente o que se deve fazer, e se também não se tem poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória”.

Essa condição de pouca clareza na definição externa de objetivos não elimina, para as organizações públicas, o que salienta Thompson (1976), de que além dos objetivos próprios, desenvolvidos no seu interior, haverá os objetivos “para” a organização, propostos a partir de fora, em geral suas instâncias superiores de controle (secretarias de saúde, por exemplo). Os objetivos “para” a organização são determinantes para o seu próprio surgimento. Esses objetivos de fora, que são mesmo antecedentes a ela própria, podem entrar em conflito com novos objetivos que se desenvolvam no seu interior, ou ao contrário, quando os objetivos de fora se modificam.

Para uma organização que compõe um sistema (de saúde), essa (des) harmonia de objetivos é ainda mais importante. O princípio de complementariedade (de objetivos) expressa o quanto os objetivos de uma dada organização se justificam, quando articulados àqueles das demais organizações do sistema ou pelo menos das organizações com que mantêm maiores interações. Aqui reside mais um grande desafio das organizações públicas de saúde. Outra dimensão a ser analisada, e característica da administração pública, está relacionada com o caráter compulsório de atendimento à clientela, em que as necessidades sociais emergem como direitos, sem correspondência adequada de recursos para satisfação das pressões de consumo. Dussault (1992, p. 13) diz que “[...] as organizações públicas têm o dever de prestar atendimento, que não existe no setor privado”. Continua o autor: “o que significa em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir”.

É interessante perceber como tal “princípio” não é universalmente aplicado às organizações públicas, a maioria delas por descompromisso público, descaso com a clientela ou mesmo por tudo isso somado em busca de mais recursos.

Explicamos: o atual mecanismo de financiamento das prestações de serviços públicos, prestadas em serviços estatais ou privados contratados, é remunerado por uma tabela de preços mais vantajosa para alguns procedimentos e extremamente desvantajosa para outros.

Podemos perceber a preferência por atendimentos de casos mais remunerados, mas se essa condição descrita é verdadeira, também o é a de que as organizações públicas não são regidas por leis de mercado, delas não se cobrando eficiência e nem sendo punidas por seus escassos resultados, tanto quantitativos quanto

qualitativos. Uma organização pública raramente fecha e praticamente nunca vai à falência, mesmo com grandes desequilíbrios, inclusive financeiros. A sua sobrevivência estaria assegurada na sua própria origem! O fato é que raras organizações e serviços públicos são fechados, mesmo quando não mais prestando serviços de qualidade e às vezes sequer prestando serviços em volume mínimo.

Ainda, como características gerais da administração pública e parte de suas incongruências, há o tema da “publicização do público”. Aqui, o contraponto é uma histórica prática nos governos latino-americanos, que, segundo Motta (1987, p. 33), “o objetivo maior dos clãs e grupos políticos é alcançar o poder para manejar recursos públicos com o fim de atender interesses particulares”. De forma associada, seguem-se as práticas paternalistas e assistencialistas, quando não clientelistas.

Observe que os serviços públicos ainda hoje, por vezes, são ocupados por interesses privados, sendo seus cargos de direção disputados, segundo possibilidade de acesso a dividendos político-clientelistas e até mesmo econômicos.

Não é menos importante, sendo até associada à condição já referida, a tendência a maior autonomia das organizações públicas. No setor saúde, a descentralização é um dos princípios da diferenciação do sistema, ainda que assim não esteja, até o momento, adequadamente implementado. No entanto, as experiências sanitárias que experimentam maior sucesso e inovação encontram nos caminhos da descentralização e maior autonomia, pelo menos parte das razões que explicam a melhoria dos resultados. Como alerta Mendes (1993), descentralizar não significa tornar independentes as unidades de saúde, mas sim criar uma relação “biunívoca” entre as dimensões, a centralização e a descentralização, em que cada momento de descentralização deve corresponder um outro, de centralização subordinada.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, leia o seguinte texto:

- 📌 *Tendências na assistência hospitalar* – Revista Ciência e Saúde Coletiva
– de Ana Maria Malik e Gonzalo Vecina Neto.

Resumindo



Nesta Unidade aprendemos a identificar as características das organizações públicas de saúde. Tivemos uma noção de que, no campo da gestão, os hospitais são organizações complexas.

Estudamos as combinações variáveis aos tipos de organizações e que o mais importante é a configuração profissional, já que as organizações de saúde são do tipo profissional, de acordo com a abordagem de Mintzberg (1989).

Finalmente, nesta Unidade, discutimos os objetivos que compõem a organização que possui um sistema de saúde.



A *atividades de aprendizagem*

Finalizamos mais uma Unidade e esperamos ter contribuído com o seu aprendizado. Agora chegou o momento de você conferir o que aprendeu nesta Unidade, para tanto, responda à questão proposta a seguir.

Lembre-se de que, se precisar de auxílio, o seu tutor está à sua disposição para ajudá-lo no que for necessário.

Bons estudos!

1. Considerando o texto estudado, discorra de forma breve sobre alguns desafios para que a administração pública em saúde possa aprimorar suas práticas de gestão. Destaque elementos relativos ao envolvimento das equipes profissionais (considerando o centro operacional na visão de Mintzberg) e a profissionalização da gestão.

UNIDADE 4

CONTRATO DE GESTÃO: INSTRUMENTO PARA FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Entender o que são os contratos de Gestão;
- ▶ Compreender a Contratualização; e
- ▶ Conhecer parte do texto da Portaria Interministerial n. 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004.

CONTRATO DE GESTÃO: INSTRUMENTO PARA FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Prezado estudante,

Vamos iniciar a Unidade 4. A partir de agora apresentaremos alguns elementos para compreendermos as potencialidades do uso de contratos de gestão no âmbito do SUS, de modo a reforçar o seu caráter sistêmico e o papel gestor dos níveis federal, estadual e municipal. Teremos uma visão geral, mas também acesso a documentos capazes de possibilitar o maior aprofundamento do tema e em especial o conhecimento sobre experiências já reconhecidas no país. Então, vamos ao trabalho e mãos à obra!

Os gestores de sistemas e redes, secretários de saúde, com suas estruturas específicas, possuem função diferenciada no ordenamento e coordenação de toda a rede, a ela subordinando o conjunto e cada um dos serviços que a integram, inclusive os hospitais. Essa condição supõe que, em contrapartida às diversas autonomias possibilitadas por um novo modelo, são necessários instrumentos e práticas mais aperfeiçoadas para coordenação do sistema. O contrato de gestão materializa uma inovação com elevado potencial de impacto.

A prática aprimorada com base no contrato de gestão entre gestores e dirigentes de serviços, no caso hospitais, constitui-se em elemento essencial a compor qualquer novo modelo. No âmbito federal é

realidade na rede hospitalar de ensino e também já presente em dezenas de hospitais filantrópicos espalhados em todo o país.

No entanto, é na Secretaria de Saúde de São Paulo, a partir da experiência acumulada com a contratualização dos hospitais sob gestão de organizações sociais de saúde, onde se encontra a tecnologia mais desenvolvida no país quanto à gestão hospitalar com base em contratos de gestão. Um contrato deve ser compreendido como instrumento e práticas de pactuação de objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde – o hospital – e o mantenedor institucional – o gestor do sistema. O contrato configura-se como dispositivo de acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aperfeiçoamento contínuo das suas relações de cooperação, supervisão e fiscalização com o poder público. O contrato de gestão implica a explicitação de compromissos e metas almejadas, favorecendo a instauração de uma “cultura de resultados” na organização. O processo de contratualização e de acompanhamento dos contratos resulta em custos adicionais de transação, dado que novas tecnologias de gestão, incluindo novos especialistas e, sobretudo, aperfeiçoamento dos sistemas de informações são necessários.

Contrato de Gestão é o instrumento próprio da administração pública a ser utilizado para a contratação de serviços e o estabelecimento de compromissos entre um ente público (supervisor ou controlador) e outra organização com finalidades públicas (embora possa ser de natureza pública estatal ou mesmo privada que atue em atividades de interesse público), vinculada e descentralizada. O contrato de gestão estipula metas de produção e qualidade para um período ao ente contratado, com o correspondente valor a ser repassado pelo ente contratado, além de diversas outras atribuições e dos mecanismos de acompanhamento do mesmo, incluindo possibilidades de ajustes, etc.

O objeto do contrato deve ser especificado de acordo com dimensões e eixos norteadores da ação institucional, que

compreendem o conjunto das atividades realizadas pelo hospital, a partir de suas possibilidades, tecnologias, cultura, mas no interesse maior do sistema de atenção e que naturalmente requerem financiamento correspondente. O contrato, finalmente, viabiliza uma nova modalidade de pagamento ao hospital, por orçamentação global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados.


Você está compreendendo o texto? Se tiver alguma dúvida, por favor, releia o texto ou entre em contato com o seu tutor, pois ele está à sua disposição para auxiliá-lo no que for necessário.

Em documento específico – Brasil (1995b) – sobre contrato de gestão, o ministério traça os compromissos institucionais e de apoio à modernização da gestão, definindo as seguintes medidas para o realinhamento estratégico-estrutural: redefinição de sua missão, identificação precisa de produtos e clientes, objetivos e metas claramente definidos, definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos.

Lima (1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados. Segundo André (1993), o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Outra abordagem para esse tipo de contrato no setor da saúde refere-se à sua dimensão sistêmica, a fim de evitar que a desarticulação, desintegração e atomização hoje existentes venham a ser reforçadas. Nesse sentido, é necessário que esse tipo de contrato esteja associado a políticas e a outros instrumentos gerenciais de âmbito regional/central que assegurem a integração, a articulação e o equilíbrio da rede de serviços, bem como o acesso da população às ações por elas desenvolvidas (LIMA, 1996). Fleury (1996) aponta outro aspecto no problema ligado à autonomia, regulação e desempenho que é a questão da prestação de contas, da responsabilização, *accountability*, do interesse público. Essa dimensão, segundo a autora, transcende a realidade institucional, remetendo ao contexto da reestruturação das relações ente Estado e sociedade.

A aplicação dos contratos de gestão no Brasil ganha expressão na área dos serviços de saúde em diversos estados, mas é no âmbito das Organizações de São Paulo, após 1998, e no âmbito federal, por meio de dois programas de reestruturação dos hospitais de ensino, sendo um destinado aos hospitais de ensino federais e ligados ao MEC e outro destinado aos demais hospitais de ensino do país (BRASIL, 2004a). Ambos os programas firmam clara opção pela lógica da contratualização dos hospitais de ensino com as respectivas secretarias de saúde, estaduais ou municipais, onde estiverem localizados os hospitais. Os programas são acompanhados de incentivos específicos para a adesão dos hospitais à prática de contratualização, havendo recursos financeiros destinados a essa finalidade, sejam os hospitais de ensino públicos ou privados (BRASIL, 2004b).



Na Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, em 27 de maio de 2004.

Atualmente, mais de 200 hospitais do país encontram-se utilizando em seus modelos o contrato de gestão, tendo eles também se expandido para outros tipos de hospitais, como os filantrópicos.

O Termo de Referência para as práticas de contratualização dos hospitais de ensino sintetizam adequadamente as diretrizes e principais lógicas a guiar essa importante inovação na gestão em saúde no país, por isso, é importante a sua leitura e o seu conhecimento.

Os contratos no âmbito do programa nacional, Ministérios da Saúde e da Educação, são relativamente recentes, mas reconhecidamente importantes e inovadores para lógicas mais profissionais e eficientes nos serviços de saúde.

No entanto, a experiência mais consolidada encontra-se ainda no estado de São Paulo, na relação entre a secretaria de saúde e as organizações sociais de saúde, já que esse programa tem acumulado desenvolvimento e experiência de mais de 10 anos.

Observe que o texto apresentado a seguir, na forma de anexo, deve servir como estímulo para suas leituras complementares. Alguns links com textos sobre contratos de gestão e contratualização em serviços e sistemas de saúde estão disponíveis na seção Complementando no final desta Unidade.

PORTARIA INTERMINISTERIAL N. 1.006/MEC/MS, DE 27 DE MAIO DE 2004

A seguir transcrevemos parte da Portaria Interministerial n. 1.006, de 27 de maio de 2004, porém como já mencionado, esse texto serve como estímulo para a sua leitura.

Anexo

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DE ENSINO E GESTORES DE SAÚDE

O presente Termo de Referência tem por objetivo, no que tange aos estabelecimentos certificados como Hospitais de Ensino, de acordo com o preconizado na Portaria Interministerial nº 1.000/ MEC/MS, de 15 de abril de 2004, instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da Política Nacional de Atenção Hospitalar, permitindo o aprimoramento e a inserção desses estabelecimentos no Sistema Único de Saúde – SUS, da contratação dos serviços de saúde ofertados, de sua respectiva forma de financiamento, bem como dos mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades de atenção, de gestão, de ensino e de pesquisa.

Dessa forma, busca-se redefinir o papel do Hospital de Ensino no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde, as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

A formalização da contratação viabiliza a fixação de metas e indicadores do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhados e atestados por Conselho Gestor ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos.

Este Termo de Referência destina-se à descrição das diretrizes gerais que orientarão a relação entre as partes, o gestor do SUS e o representante legal do hospital de ensino, bem como dos serviços e atividades pactuadas e formalizadas por meio de contrato de gestão, plano operativo e de metas que devem contemplar as ações relativas a: atenção à saúde, gestão,

educação, pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica e financiamento.

O processo de contratualização será acompanhado e o contrato homologado pelo Ministério da Saúde.

I – DIRETRIZES PARA A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PACTUADAS ENTRE HOSPITAIS DE ENSINO E GESTORES DO SUS

Deve ser pautada pela coerência com as políticas públicas de saúde para o setor hospitalar e princípios e diretrizes do SUS, destacando-se:

- a) garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados de forma integral e contínua, por meio do estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas;*
- b) inserção dos hospitais de ensino na rede do SUS, com definição clara do perfil assistencial e missão institucional, observando, entre outros, a hierarquização e o sistema de referência e contra-referência, como garantia de acesso à atenção integral à saúde;*
- c) compromisso em relação aos ajustes necessários no que se refere à oferta e à demanda de serviços do hospital de ensino, dando preferência às ações de média e alta complexidade;*
- d) redirecionamento das ações de atenção básica ainda realizadas pelos Hospitais de Ensino para a rede básica de saúde loco-regional;*
- e) organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização;*
- f) elaboração conjunta de protocolos clínicos, técnico-assistenciais e operacionais, para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de serviços do SUS;*
- g) elaboração e adoção pelo hospital de ensino de protocolos técnicos e operacionais internos, em conjunto com a Instituição de Ensino Superior e/ou com o gestor;*
- h) inserção no sistema de urgência e emergência loco-regional, a partir da definição do papel do hospital de ensino no Plano Estadual de Assistência à Urgência;*

- i) manutenção, sob regulação do gestor do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes;*
- j) a abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital de ensino envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão;*
- k) constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo-se relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência, entre os diferentes serviços do SUS, independentemente do nível de complexidade;*
- l) diversificação das tecnologias de cuidado utilizadas pelo hospital de ensino no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família, que levem à redução do tempo de permanência da internação hospitalar (hospital dia, atenção domiciliar e cirurgia ambulatorial);*
- m) desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;*
- n) constituição das comissões de ética em pesquisa, de documentação médica e estatística, de óbitos, além de outras comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento de uma instituição hospitalar;*
- o) mecanismos de relação entre as partes, com a definição e a pactuação das competências dos gestores e do hospital de ensino com relação ao planejamento, organização, controle, avaliação dos serviços pactuados, considerando as especificidades locais regionais do SUS;*
- p) participação do hospital de ensino nas políticas prioritárias do SUS; e*
- q) outros pactos que as partes julgarem importantes.*

II – GESTÃO HOSPITALAR – Metas Físicas e de Qualidade

Apresentar os aspectos centrais da gestão e dos mecanismos de gerenciamento e acompanhamento das metas físicas e de qualidade acordadas entre instituição e gestor, devendo conter:

- a) *ações adotadas para democratização da gestão, que favoreçam seu aperfeiçoamento e que propiciem transparência, probidade, ética, credibilidade, humanismo, equidade e ampliação dos mecanismos de controle social;*
- b) *elaboração do plano diretor de desenvolvimento da gestão, assegurando a participação dos funcionários, docentes e discentes;*
- c) *elaboração de planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional visando a metas setoriais específicas para cada área de atuação;*
- d) *aplicação de ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário;*
- e) *gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras e de custos para acompanhamento das partes, garantindo equilíbrio econômico e financeiro do convênio/contrato firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contra-prestação;*
- f) *ações que garantam, ao longo do ano, a continuidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino;*
- g) *garantia da aplicação integral na unidade hospitalar dos recursos financeiros de custeio e de investimento, provenientes do SUS;*
- h) *cronograma de adequação para disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS em até 4 anos;*
- i) *obrigatoriedade dos hospitais de ensino alimentar regularmente os sistemas de informações dos Ministérios da Saúde e da Educação, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, o Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI*

e outros sistemas de informações que venham a ser implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde em substituição ou complementar a estes;

j) definição de investimentos condicionados à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB;

k) estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação, com definição de indicadores, integrados a instrumento jurídico balizado no equilíbrio de direitos e obrigações entre as partes; e

l) outros pactos que as partes julgarem importantes.

III – FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

As propostas de formação e educação permanente devem ser coerentes com as orientações expressas nas diretrizes curriculares nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões da saúde e na política de educação permanente em saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Destacam-se os seguintes aspectos:

a) ser integrante do Pólo de Educação Permanente em Saúde da base locorregional e participar das instâncias definidas por este para o enfrentamento dos problemas prioritários no campo da formação;

b) participar da elaboração e implantação da Política de Educação Permanente para profissionais da rede de serviços;

c) desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital de ensino visando ao trabalho multiprofissional, à diminuição da segmentação do trabalho e à implantação do cuidado integral;

d) participar da constituição de equipes de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços, de acordo com seu perfil de especialização;

e) apoiar e integrar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais da locorregião na área de urgência e emergência;

f) participar de iniciativas que promovam integração e relações de cooperação técnica entre os diferentes serviços do hospital de ensino e a rede do SUS;

- g) contribuir para a formação de profissionais de saúde que contemplem as necessidades do SUS em relação ao atendimento integral, universal e equânime, no âmbito de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe multiprofissional e a atenção integral; e*
- h) outros pactos que as partes julgarem importantes.*

IV – PESQUISA E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Os hospitais de ensino, pela sua natureza e atuação, assumem um papel estratégico e relevante para o desenvolvimento das pesquisas necessárias para o aprimoramento do SUS e a melhoria da qualidade de vida da população, destacando-se.

- a) formulação de projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital e/ou na Instituição de Ensino Superior;*
- b) definição de projetos de pesquisa em parceria com os gestores do SUS;*
- c) desenvolvimento de tecnologias de saúde e de gestão voltadas para as prioridades do SUS;*
- d) desenvolvimento de Avaliação de Tecnologia em Saúde-ATS;*
- e) formulação de diretrizes para incorporação e gestão de tecnologias em saúde (equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos etc.), incluindo critérios e procedimentos para seleção, aquisição e uso de tecnologias em saúde; e*
- f) outros pactos que as partes julgarem importantes.*

V – RECURSOS FINANCEIROS

O convênio deverá explicitar o novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, gestão, ensino e educação de pesquisa por meio da orçamentação mista do custeio do hospital de ensino, composta por:

- 1) Componente com valor fixo mensal:*

A referência para composição dos recursos financeiros relacionados ao valor fixo mensal será:

I – recursos financeiros alocados contra produção de serviços de média complexidade conforme programação vigente estabelecida pelo gestor do SUS, incluindo aqueles referentes ao impacto da Portaria nº 1.117/GM, de 7 de junho de 2004, e excluindo os procedimentos de média complexidade remunerados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC;

II – fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS;

III – incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS;

IV – outros incentivos financeiros existentes ou que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde;

V – recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelas demais esferas de governo; e

VI – recursos de incentivo a contratualização definido pelo Ministério da Saúde.

2) Componente com valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas.

Deverá ser estabelecido o percentual de, no mínimo 10%, do valor de custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento de metas de qualificação das ações e atividades de atenção à saúde, ensino e pesquisa.

Anualmente, e por ocasião da renovação do Plano Operativo, deverá ser revisto o percentual do componente variável da orçamentação global mista, aumentando-a em pelo menos 5% sobre o percentual que incidiu sobre o valor de custeio fixo no período anterior, até o percentual máximo de 50% dos recursos previstos na orçamentação global mista.

3) Componente correspondente à produção de serviços:

Os procedimentos de alta complexidade e estratégicos – FAEC serão custeados de acordo com a apresentação de produção de serviços, com limites físicos e orçamentários definidos.

VI – INSTRUMENTO LEGAL

O instrumento legal que formaliza a pactuação de serviços, ações e atividades, além das responsabilidades e compromissos de ambas as partes, é o convênio.

O convênio deverá trazer a definição do objeto, condições gerais, encargos, recursos financeiros, instrumentos de controle, penalidades, denúncias e o plano operativo, este último como parte integrante, ou ser especificada como parte anexa do documento do convênio. O Plano Operativo deverá especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação. Deverão estar ainda definidas no Plano Operativo as metas e indicadores propostos pelas políticas prioritárias do Ministério da Saúde, especialmente aquelas relacionadas às políticas de saúde para as áreas de sangue, transplantes, urgência e emergência, AIDS, humanização, saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, pesquisa e gestão do trabalho e da educação para o SUS.

O Plano Operativo deverá ainda apresentar o sistema de avaliação de metas, incluindo-se os parâmetros e a valorização adotada com relação ao cumprimento das metas e seu respectivo impacto financeiro.

O Plano Operativo terá validade máxima de 12 (doze) meses.

VII – FLUXOS

Deverão respeitar as instâncias de deliberação (Conselhos) e de pactuação intergestores do SUS.

Fonte: Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2010.

Complementando...

Para saber mais sobre Contratualização e Contratos de Gestão, assunto abordado nesta Unidade, sugerimos a leitura das seguintes obras:

- 📌 *Contratos de Gestão. Contratualização do Controle Administrativo sobre a Administração Indireta e sobre as Organizações Sociais* – de Maria Sylvia Zanella Di Pietro. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2010.
- 📌 *Contratos de Gestão – Contratualização com a Administração Indireta – Dificuldades do Contrato de Gestão – Organizações Sociais – Conclusões*. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/eventos/seminario2/contrato_gestao.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2010.

Resumindo



Nesta Unidade entendemos a potencialidade sobre aplicação dos contratos de gestão e como eles podem ser implementados. Compreendemos que o processo de contratualização e de acompanhamento dos contratos resulta em aperfeiçoamento nos instrumentos e nas práticas de gestão.

Ainda vimos parte do texto da Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, e percebemos que esse texto sintetiza adequadamente as diretrizes e as principais lógicas que guiam essa importante inovação na gestão em saúde no país.



Atividades de aprendizagem

Chegamos ao final de mais uma Unidade, este é o momento de você verificar se obteve bom entendimento sobre o assunto abordado aqui. Para tanto, responda à atividade proposta a seguir.

Se precisar de auxílio, converse com seu tutor, ele está à sua disposição e poderá auxiliá-lo.

Bons estudos!

1. Pesquise na internet e identifique algum serviço, provavelmente um hospital, que já utilize o contrato de gestão. Procure identificar os seus componentes/partes, tecendo breves comentários sobre esse serviço.

UNIDADE 5

MODELOS GERENCIAIS EM SAÚDE E PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar os Modelos Gerenciais em Saúde e Planejamento de Serviços de Saúde;
- ▶ Conhecer a Concepção de Matus sobre o Planejamento; e
- ▶ Distinguir a Metodologia do Planejamento Estratégico Situacional – PES.

MODELOS GERENCIAIS EM SAÚDE E PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Caro estudante,

Nesta Unidade, você terá a oportunidade de discutir outro tema extremamente relevante para a gestão do SUS: o planejamento. Estamos fazendo uma opção por apresentar elementos conceituais e metodológicos de base. Para o dirigente de saúde é preciso **saber fazer**, porém, antes de tudo, é preciso **saber**.

De modo associado a este texto, certamente deverá haver complementos, especialmente exercícios, para melhorarmos o **saber fazer**.

Você pode ter certeza de que esta Unidade está mais preocupada com o **saber**!

O propósito mais geral é o de apresentar os fundamentos teórico-metodológicos do Planejamento Estratégico Situacional – PES. O objetivo maior está associado às contribuições de Carlos Matus acerca da gestão das organizações e particularmente, às suas proposições para o desenvolvimento de sistemas de direção, considerando, ainda, sua aplicabilidade a serviços e sistemas de saúde.

A escolha das formulações de Carlos Matus, especialmente o método do planejamento estratégico-situacional, é decorrente da sua abrangência e sobre como alia adequadamente planejamento e gestão. É natural que em uma perspectiva mais aprofundada, vários outros autores, especialmente no campo da gestão, teorias das organizações, mereceriam ser estudados. No entanto, assumimos que conceitos e autores complementares serão buscados

em seguida, mas já estimulados por essa primeira aproximação que fazemos nesta Unidade.

Embora não tenha atuação específica junto a serviços de saúde, a obra de Matus é bastante difundida no setor. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), em que Matus já ministrou diversos cursos e participou de seminários, é um importante centro difusor de suas ideias e do PES. Podemos afirmar que suas formulações e, sobretudo, o método do PES vem marcando a formação de dirigentes para o setor e, conseqüentemente, para a organização setorial, especialmente naquilo que existe de mais inovativo.

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

Uma de suas preocupações mais importantes está relacionada com a baixa capacidade dos governos latino-americanos, o que marca em definitivo a sua linha de trabalho. Em relação especialmente às organizações públicas latino-americanas, também objeto de suas preocupações, Matus as diagnostica como sendo *sistemas de baixa responsabilidade* pelo nível de descompromisso que possuem em relação aos resultados que deveriam alcançar. As suas formulações buscam ainda contribuir para a reversão desse quadro.

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

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

Citamos algumas dissertações que tratam dessas experiências, confira no *Complementando no final* desta Unidade.

A teoria de sistemas foi formulada originalmente por Ludwig Bertalanffy, em 1951. Essa teoria geral de sistemas afirma que existe um grande número de propriedades dos sistemas que não podem ser descritas significativamente em termos de seus elementos separados; uma compreensão de sistema é “um conjunto de elementos interdependentes e interagentes; ou, um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado e cujo resultado (*output*) é maior do que os resultados que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente”. O criador da administração por objetivos (APO) foi Peter Drucker que a define como “um processo pelo qual os gerentes superiores e subordinados de uma organização, identificam objetivos comuns, definem áreas de responsabilidade de cada um em termos de resultados esperados e usam essas medidas como guias para a operação de negócios”.

Quanto às organizações públicas, Matus (1987), em algum momento de sua obra, acaba por sugerir uma ênfase no **planejamento para a gestão operacional**, ainda que com conteúdos estratégicos e táticos, uma vez que tais organizações, são dependentes de diretivas superiores. Em contrapartida, o planejamento estratégico como expressão da capacidade de gestão e com utilização de todo o seu arsenal de métodos e técnicas, seria reservado a organismos centrais de governo, função de sua maior e mais complexa abrangência de ação, mas, sobretudo, por lidar com processos mais conflitivos. Essa **situação de poder compartilhado** (leia-se sistemas sociais complexos – Governo de Estados, mas também podendo considerar sistemas de saúde) imporia mais cálculo interativo, assumindo-se uma função superior, mais política, de planejamento diretivo. Aos níveis hierárquicos subordinados, então incluídas organizações sob controle, restaria um papel primordial de planejamento operacional.

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

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

Essa compreensão vem se confirmar em outros textos de Matus (1994), como será visto ainda nesta Unidade, quando, ao considerar a **Teoria das Macro-organizações**, compreende de modo indistinto os sistemas micro-organizativos (organizações específicas e mesmo departamentos organizacionais) e sistemas macro-organizativos (sistemas de organizações). Ambos os níveis que interagem entre si podem ser explicados debaixo das mesmas regras e dos demais conceitos formulados por Matus.

É aceito que o enfoque estratégico-situacional de planejamento e seus métodos têm apresentado resultados e grandes potencialidades ao nível de organizações específicas. Tanto isso é verdade que, neste trabalho e em outras experiências, as concepções de Matus são realmente assumidas indistintamente para Governos e para outras organizações complexas (repetindo, sistemas de saúde, serviços de saúde mais complexos, por exemplo). É aceito, no entanto, a necessidade de adaptação de seus métodos segundo a complexidade dessas organizações, segundo Artman (1993). Já as suas formulações sobre *sistema de direção estratégica*, praticamente em toda sua plenitude, seriam aplicáveis a qualquer organização complexa, aqui incluídos os hospitais e outros serviços e redes de serviços de saúde.

Na sua dissertação, Artman considera simplificações do método apresentado por Matus (1987).

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

Todo o arcabouço teórico de Matus (1993) é acompanhado de sofisticada metodologia, da qual é apresentada uma síntese, realçando-se alguns pontos. Ao final, como parte do momento tático-operacional de sua metodologia, é apresentado o seu modelo de direção estratégica, com seus diversos componentes.

A CONCEPÇÃO DE MATUS SOBRE O PLANEJAMENTO

Todo o trabalho de Matus está voltado para o desenvolvimento de capacidades de governo. No caso, podemos escrever Governo (com maiúscula) ou governo (com minúscula). Ainda que o autor tenha várias experiências como consultor de Governo(s), será ele mesmo quem alertará para o fato de que “[...] o planejamento e o governo de processos são uma capacidade potencial de todas as forças sociais e de todos os homens, a partir de qualquer situação, favorável ou adversa (MATUS, 1997, p. 32).

Conjugando o Verbo “Planejar”

É importante salientar que Matus reconhece uma insuficiente valorização do processo de planejamento e até mesmo um

descrédito, localizando suas causas no fracasso histórico das lógicas de planejamento normativo.

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

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

- ▶ a existência, em separado, de um sujeito que planeja e um objeto, sob seu possível controle, que é planejado; o sujeito não se vê como parte da realidade/objeto de planejamento;
- ▶ o sujeito é capaz de conhecer a realidade através de um diagnóstico único e objetivo (quem planeja teria amplo e irrestrito conhecimento isolado da realidade); a dimensão tempo está restrita ao momento passado ou presente do dito diagnóstico;
- ▶ para compreender a realidade futura, o sujeito utiliza leis de comportamento social, aplicando ainda modelos analíticos de base causa-efeito; previsão e predição são a mesma coisa, estando a potência do método dependente de sua capacidade de predição (adivinhar o futuro);
- ▶ não se considera a possibilidade de planejamento de outros atores, não existindo oponentes; o cálculo se restringe ao *deve ser* em um contexto de harmonia e concertação central do ator único que planeja;
- ▶ ao trabalhar com o *deve ser* (veja por que se fala normativo), o planejamento normativo despreza as incertezas ou eventos probabilísticos mal definidos,

desconsiderando **problemas não estruturados** ou não os tratando como tal; e

- ▶ o plano como produto de um único ator com capacidade de planejar apresenta-se com final fechado (o que eu planejei será alcançado, “bastando o tempo correr”), porque sua situação terminal é conhecida; tudo se reduz a cumprir o plano para alcançar os objetivos (MATUS, 1997).

Sinteticamente, então, as proposições do planejamento estratégico em contrapartida:

- ▶ o sujeito que planeja faz parte do objeto, que por sua vez, compreende outros sujeitos que planejam; a governabilidade se apresenta com possibilidades diversas, função das capacidades diversas de controle dos distintos atores (ou dito de outro modo: eu sou mais um a planejar, ao lado de tantos);
- ▶ sendo vários os atores, está impossibilitado o diagnóstico único; **a explicação situacional** é possível para todos os atores, segundo sua inserção particular na realidade/objeto planejado;
- ▶ em oposição à aplicação de leis para predição do futuro, requer-se o **cálculo interativo e o juízo estratégico**; as relações causa-efeito se entrelaçam às relações iniciativa-resposta; a previsão (análise do futuro com base em cenários e possibilidades alternativas) ganha o lugar da predição (adivinhar o futuro);



Saiba mais

Problemas não estruturados

O autor em seus textos, utiliza o termo “cuasiestructurado”, assim como Cecílio (1993) o traduz para “quase estruturado”; os problemas estruturados demandam soluções normatizáveis, já os problemas não estruturados apresentam as seguintes características: a) as regras que produzem os problemas não são precisas, invariáveis, nem iguais para todos; os homens criam e recriam essas regras; b) são resolvidos “desde dentro”; ao serem resolvidos podem gerar outros problemas, sendo suas soluções relativas a um determinado ato; c) as fronteiras entre o problema e o sistema que o gera são difusas; d) as soluções são criativas; e) sempre abrange o âmbito sociopolítico, ainda que tenha dimensão técnica; parte da síntese contida em Uribe Rivera (1995, p. 188-189).
Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

O termo situação denota para o autor significado particular, sendo considerado a seguir, nesta Unidade.

- ▶ o deve ser cede lugar ao pode ser e à vontade de fazer; enfrentar e vencer resistências é uma constante, função do cálculo político e da permanente atenção na conjuntura; o contexto do plano é de uma interrelação contínua entre conflito, concertação e consenso;
- ▶ a norma torna-se apenas um momento dentro do estratégico e do operacional; trabalha-se com problemas não estruturados; muitas vezes não serão enumeradas as possibilidades e nem estabelecidas as probabilidades; e
- ▶ o plano não é monopólio de um único ator, portanto, seu futuro está aberto; as soluções ótimas, certas e únicas cedem lugar a soluções satisfatórias, reconhecendo-se a continuidade dos problemas sociais no tempo (MATUS, 1987).

Assim, a concepção de planejamento, para Matus, é assumida como um processo criativo e interativo que considera interesses em disputa e que demandará muita articulação. Veremos agora alguns aspectos teóricos fundamentais.

Planejamento como Cálculo Situacional e Estratégico

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

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

O primeiro argumento trata da necessidade de mediar o futuro com o presente. Supõe “a necessidade de prever possibilidades de amanhã para desenhar com antecipação o que devo fazer hoje” (MATUS, 1987, p. 24). A exploração do futuro trata de considerar efeitos possíveis das ações de hoje. Aqui reside uma crítica embutida à prática do cálculo imediatista, que muitas vezes, em nome das restrições e problemas do presente, prevalecem sobre repercussões futuras das ações ou da ausência de ações no presente.

O segundo argumento diz que é necessário prever ante a impossibilidade de predizer. Especialmente para o desenvolvimento de sistemas sociais, em que será remota a possibilidade de predição, restará a necessidade de prever futuros alternativos, ante os quais, dentro de espaços de probabilidade, serão desenhados vários planos. Para Matus (1987, p. 26) é preciso “prever possibilidades para prever ações e, em consequência, ser oportunos na ação”.

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

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

O quinto argumento trata da necessidade de mediação do conhecimento com a ação. Nesse argumento, Matus introduz a noção de que o cálculo não é objetivante em relação à realidade, com repercussões sobre o desenho das ações. Há que se ter em

conta distintas possibilidades de leitura da realidade, segundo pontos de vistas diversos de atores que estão presentes simultaneamente em uma dada situação e que podem agir sobre ela. Assim, diz Matus, que a perspectiva técnico-científica é mais uma das leituras. Nesse caso, está implícita uma crítica ao cálculo técnico puro, ainda que sistemático, atributo que será visto no planejamento normativo. Para o cálculo que precede e preside a ação, serão cotejadas, então, as dimensões técnicas, mas também o cálculo político e social, considerando, então, outras motivações e interesses em jogo **em torno e no** problema.

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

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

O Triângulo de Governo

A noção do triângulo de governo formulado por Matus é importante para compreender a necessidade de planejamento na prática de governo. (Figura 3)

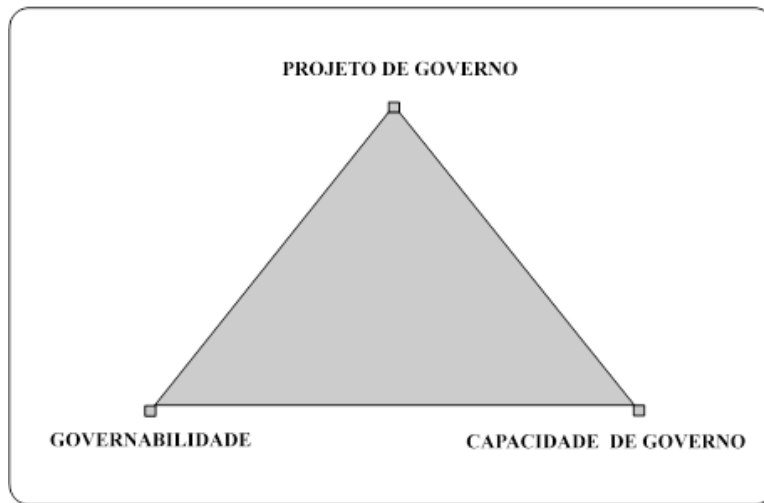


Figura 3: Triângulo do Governo
 Fonte: Matus (1994, p. 4)

Governar, para Matus, supõe um processo que envolve três variáveis a serem permanentemente articuladas e que são interdependentes, a saber: o *projeto de governo*, que expressa o conteúdo propositivo dos projetos de ação no intento de se alcançar determinados objetivos; a *governabilidade do sistema*, que expressa uma relação entre as variáveis que o respectivo ator (governo), controla e não controla (todas relacionadas às ações propostas em seu projeto de governo) e; a *capacidade de governo* que se refere à capacidade de dar direção ao processo, em função do arsenal de métodos, técnicas e habilidades do ator e de sua equipe de governo (MATUS, 1987).

O planejamento naturalmente impacta as três variáveis, ainda que em tese venha se expressar mais diretamente sobre a capacidade de governo. Para Matus (1987), a capacidade de ação dos diversos atores sociais está diretamente associada ao domínio de técnicas de planejamento. Assim, desenvolver a capacidade de governo é, sobretudo, aperfeiçoar métodos, técnicas e habilidades de planejamento, de modo a manter qualidade, profundidade e sistematicidade no cálculo que precede e preside a ação.

O Conceito de Situação

A noção de conflito, como conceito subjacente, é consequência da realidade ser compreendida segundo diversos pontos de vista (uma mesma “realidade” pode ser explicada sobre diferentes “pontos de vista”, sendo cada explicação distinta – complementar ou não – sem deixar de ser a mesma realidade). Simplesmente cada olhar particular sobre a realidade por atores distintos configura uma *situação*. Uribe Rivera (1995) chama atenção para o fato de que também, por meio do conceito de situação, Matus (1987) provoca uma ruptura com a explicação objetivista do planejamento tradicional, na medida em que assume o caráter autorreferencial de toda explicação da realidade.

Para embasar teoricamente o significado de situação e a sua utilização em suas concepções, Matus (1987) vai buscar aportes nos filósofos – Heidegger (1927) *El Ser y elTiempo*; Sartre (1943) *El Ser y la Nada*; Gadamer (1975) *TruthandMethod*; e Ortega e Gasset (1936) *História como Sistema*. Na obra *Adiós Señor Presidente* (1998), Matus trabalha com diversas citações de Ortega. Esse autor trabalha com os conceitos de **razão vital**, **razão abstrata e circunstância**, entendendo que a primeira é de caráter situacional, sendo a circunstância a sua restrição. A razão abstrata representaria a totalidade sem limites.

Tudo bem que não precisamos estudar a fundo no momento tudo isso, mas é bom saber que há embasamentos teóricos.

Matus (1994) salienta a noção de diálogo para que se dê a **explicação situacional**, sendo, portanto, a noção de diagnóstico tradicional um monólogo com a realidade. A noção de diálogo, por outro lado, supõe que “minha explicação é um diálogo com a situação em que coexisto com outro” (MATUS, 1987, p. 149).

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

Podem ser sintetizadas as seguintes dimensões presentes no conceito de situação:

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

Matus (*apud* URIBES RIVERA, 1995, p. 171) identifica três acepções presentes no conceito de situação:

[...] é um recorte problemático da realidade, realizado por determinado ator; é um recorte espacial e temporal da realidade; é uma tentativa de periodização da realidade.

Além dos filósofos citados por Matus (1980), Uribe Rivera (1995) identifica a influência marxista no conceito de situação como

[...] espaço conflitivo de produção social e a concepção de realidade situacional como um conjunto de níveis, planos ou estruturas que estabelecem relações hierárquicas de determinação, que remetem, em última instância, ao papel desempenhado pela estrutura econômica (e suas regularidades legais) no estabelecimento dos limites e possibilidades para a compreensão e ação humanas. (URIBE RIVERA, 1995, p. 173).

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

A Teoria da Ação



Saiba mais

Positivismo

Refere-se a uma doutrina filosófica que tem em Augusto Comte sua maior referência; todo o pensamento positivista deriva das concepções de Comte; entre as características principais do pensamento positivista está proposto que “sólo el conocimiento de los hechos es fecundo, que el único tipo de certeza es el aportado por las ciencias experimentales; que el espíritu humano, tanto en la filosofía como en la ciencia, no evita el verbalismo o el error, más que la condición de mantenerse siempre en contacto con la experiencia es renunciar a todo a priori; en fin, que el dominio de las cosas en sí es inaccesible, y que el pensamiento no puede alcanzar más que relaciones y leyes”. Fonte: Lalande (1976, p. 544).

Por meio do conceito de **ação**, Matus (1980) mais uma vez trata de desmontar as concepções tradicionais do planejamento. A sua análise supõe a teoria do planejamento tradicional derivada da lógica de teoria econômica, sendo essa em geral, “uma teoria do comportamento econômico” (URIBE RIVERA, 1995, p. 155). A noção de *comportamento*, similarmente, tem o significado de um processo subordinado a leis, portanto, não criativos. Essa noção, de base positivista, contamina diversas teorias, a começar pelas ciências naturais, fazendo-se presente ao nível da teoria do planejamento (tradicional).

Diferentemente da noção de comportamento, contrapõe-se o conceito de ação humana ou ação social. Para uma simples ilustração, Matus (1980, p. 155) apresenta uma pequena história de Bernard Shaw com sua vizinha.

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

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

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

Assim, mais uma vez, Matus (1980) traz para o debate a questão da incerteza, intrínseca à natureza da ação humana, e de como o planejador pode e deve lidar com ela.

É oportuno um paralelo com as ideias de Campos (1981), que vai encontrar na abordagem de ação de Silverman (1971) alguns subsídios para suas críticas ao paradigma comportamentalista que ocupou espaço nas teorias organizacionais e na abordagem tradicional da organização como sistema.

A autora diferencia ação de comportamento a partir da capacidade indistinta das pessoas atribuírem significados à sua ação e à ação dos outros. Assim, “um mesmo comportamento pode ser interpretado distintamente por diferentes pessoas ou diferentemente pela mesma pessoa em diferentes situações” (CAMPUS, 1981, p. 110).

Essa compreensão, comum ao pensamento de Matus (1980), supõe interação entre ator(es) e as estruturas sociais, sendo elas resultantes de um processo permanente de construção social. O conceito de ação, complementa Campos (1981), diferente das lógicas comportamentais, trata do processo de interação humana na sociedade, já que se a sociedade define o homem o homem, dialeticamente, também define a sociedade.

Voltando a Matus (1980), podemos dizer ainda que ele complementa essas formulações com a construção de uma **taxonomia*** da ação social, começando por distingui-las entre as interativas e as não interativas. As primeiras tratam das ações entre indivíduos, por meio de um intercâmbio de movimentos, o que exige cálculo interativo por parte de cada ator. Nesses casos, as ações poderão ser estratégicas conflitivas ou cooperativas ou estratégicas comunicativas (diálogos).

As ações não interativas representam relações entre os indivíduos e o sistema; são unidirecionais e podem ser: a ação-instrumental, quando se dirige a um objeto para que ele reaja com

*Taxonomia – ciência ou técnica de classificação. Fonte: Houaiss (2009).

**Saiba mais****Interação**

O autor apresenta uma taxonomia que irá auxiliar a aplicação do método, sendo as ações estratégicas desdobradas ainda em francamente estratégicas – puramente conflitivas-guerra, puramente cooperativa ou mista – e encobertamente estratégicas – estratégias-mas-engano calculado e engano inconsciente. Fonte: Matus (1980, p. 156-158).

um comportamento esperado; a ação-comportamento, que trata da reação estável e previsível do objeto; e a ação-informativa, que trata apenas da entrega de uma informação sem esperar interação.

Matus (1980, p. 157) conclui afirmando que no planejamento normativo, de caráter economicista, estaria apenas contemplada a ação instrumental (em que o Estado é o único sujeito que planeja) e a ação comportamento, praticada como resposta pelos agentes econômicos, integrantes do sistema, como se objeto fossem.

A Teoria da Produção Social

As ideias-chaves para o planejamento estratégico-situacional se completam em torno da construção matusiana sobre o *processo de produção social*. Segundo Cecílio (1993, p. 238), trata-se da “forma engenhosa com que Matus contribuiu para a formulação de uma teoria da produção social” porque “sistematiza uma forma de recortar o mundo que contribuiu para a formulação do enfoque metodológico”.

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

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

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

O plano intermediário, mais determinado em relação ao anterior e mais determinante em relação ao seguinte, configura a

fenoestrutura que corresponde às capacidades de poder ou acumulações dos atores sociais.

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

Matus utiliza a metáfora do jogo para ilustrar sua formulação. As regras do jogo, que definem a sua singularidade (um dado jogo e não outro qualquer), são a sua **genoestrutur**a. Os jogadores, com suas capacidades (de jogo) acumuladas, são as **fenoestruturas humanas** (atores), possuidoras ou não de outras fenoestruturas. As jogadas expressam as ações (fluxos de produção) dessas fenoestruturas. As jogadas, segundo o alcance de seus objetivos, podem “acumular ou desacumular capacidades”, de modo que elas se fenoestruturam, como acumulações econômicas, como relações de poder ou relações de força e relações de destreza entre os jogadores (MATUS, 1980, p. 138).

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

As relações entre os três planos e o nível de um mesmo plano podem ser sistematizadas do seguinte modo.

- ▶ **Relações fenomênicas ou de interação entre os fatos:** o exemplo pode ser a diminuição na produção de cirurgias em decorrência da menor produção de roupa esterelizada para uso cirúrgico, em um hospital.
- ▶ **Relações de fenoestruturação:** expressam condicionamento do plano dos fatos sobre o plano das acumulações (fenoestruturas); a maior produção de artigos indexados por uma unidade de pesquisa fortalece aquela unidade na estrutura de poder organizacional.
- ▶ **Relações de genoestruturação:** expressam condicionamento das acumulações sobre a genoestrutur

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

Os exemplos são construídos propositalmente referidos a uma organização hospitalar, mas estão inspirados na sistematização e nos exemplos de Uribe Rivera (1995, p. 177); também é oportuno salientar como está subentendido o conceito de situação, o que significa dizer que algo que se expressa como genoestrutur neste caso (a legislação sobre compras) poderá ser tomada como fenoestrutur se o recorte da sociedade for outro, por exemplo, a administração pública como um todo.

modificando-a; quando a direção do hospital consegue a aprovação de um projeto que confere autonomia de gestão à sua unidade; é importante ressaltar que, neste caso, deve ter havido em concomitância relações de fenoestruturação (ações produzidas pela direção que a fortaleceram – acumulação de poder).

- ▶ **Relações de determinação:** expressam condicionamento da genoestrutura sobre as acumulações e fatos; a legislação federal sobre compras limita a capacidade de poder (acumulação) do hospital que, por sua vez, condiciona suas ações neste campo.
- ▶ **Relações intrafenoestruturas (interacumulações):** a inoperância de um sistema de custos hospitalares (desacumulação) condiciona o sistema orçamentário, por quanto não há bases técnicas de custos para a sua elaboração.

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

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

Finalmente, é importante salientar que a

[...] análise matusiana das relações entre genoestrutura e estrutura admite dois movimentos: de um lado a genoestrutura fornece a estrutura básica de poder [...] de um outro lado, através de fatos, as acumulações podem modificar a genoestrutura [...] A primeira relação acentua o caráter reprodutório da estrutura política. A segunda procura explicar a mudança social. (URIBE RIVERA, 1995, p. 180).

A METODOLOGIA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO- SITUACIONAL – PES

Os conceitos de Carlos Matus se fazem acompanhar de um método de planejamento. Aliás, os conceitos embasam o método, de modo que o processo de planejamento supere a lógica normativa, tão criticada, assumindo um papel efetivamente político e de transformação da realidade mediante práticas interativas, criativas e com foco em problemas, verdadeiros desafios da gestão.

Matus desenvolveu uma sofisticada e criativa metodologia para desenvolvimento prático de suas ideias sobre planejamento e governo. Cecílio (1993), ao comentar a metodologia do PES, salienta a forma eclética e heterodoxa de como Matus vai viabilizando a intermediação entre o enfoque teórico e metodológico, possibilitando uma tradução em um método que muito contribuiu para as experiências que Cecílio (1993), analisa em sua tese.

Já, a partir da concepção mais geral, Matus dá um pouco da noção do caráter inovativo e criativo com que a metodologia possibilita o enfrentamento de problemas.

O autor apresenta a noção de momentos no processo de planejamento. São quatro os momentos definidos:

- ▶ **explicativo** (foi, é, tende a ser);
- ▶ **normativo** (deve ser);
- ▶ **estratégico** (pode ser, deve ser); e
- ▶ **etático-operacional** (fazer e recalcular).

O que se pretende valorizar é que todo o processo é recursivo, já que cada momento contém os demais. Cada momento, definido como um marco temporário provisório, corresponde a uma dimensão do processo a ser enfatizada, estando as demais também presentes, ainda que subordinadas. Não há precisão de início e fim, configurando uma visão de continuidade, em que mesmo a noção de circularidade está condicionada por novas situações,

novos problemas a serem enfrentados, em um processo permanentemente criativo. Podemos dizer que não há um processo em separado de planejamento, como também não haverá um plano. Fica para trás a lógica de fases sequenciais, lineares, típicas do planejamento tradicional, seguida pelo diagnóstico, pela programação, pela execução e pela avaliação, materializando um processo e um plano. Será visto que tais funções, no entanto, não desaparecem na proposta de Matus (1994), mas são enriquecidas e valorizadas.

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

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

O Momento Explicativo

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

Observe que o “diagnóstico” não será jamais único, pois se subentendem outros atores e, portanto, outras explicações.

Problema será entendido como “um obstáculo, que é uma situação concreta, que media a realidade atual e as aspirações de um ator que participa no jogo social com uma carga particular de ideologias, valores e conhecimentos.” (MATUS, 1994, p. 19).

Matus (1994) considera que diversos problemas compõem um macroproblema, sendo este um resultado momentâneo do grande jogo que é a realidade social, visto a partir da ótica de um ator e na medida em que esse ator o (o problema) declare **insatisfatório e evitável**. A mudança do macroproblema com os planos afins materializa o projeto de governo para um dado ator. Cada problema será consequência de um jogo parcial, mantendo a noção de interação entre problemas, que se precisará no método pelas relações entre causas e consequências para um dado problema tomado por referência. Significa dizer que dependendo do “problema-referência”, outros problemas aparecerão como causas ou consequências, configurando na globalidade, um macroproblema.

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

Matus (1994, p. 20) classifica ainda os problemas em três tipos, observe:

- ▶ **Ameaças:** quando há perigo potencial de perder-se uma conquista ou de agravar-se uma situação.
- ▶ **Oportunidades:** referindo-se a possibilidades que surjam na realidade e sobre as quais se pode atuar para aproveitá-las ou desperdiçá-las.
- ▶ **Problemas propriamente ditos:** que expressam deficiências, insatisfações detectadas na realidade.

Você se lembra da introdução desse tema, quando falamos que gerenciar é, sobretudo, enfrentar problemas e que é obrigatório selecioná-los? Se não se recorda, volte e releia o texto para entender bem essa concepção.

A identificação de problemas pode se dar de diversas maneiras, sendo bastante utilizadas as técnicas de **brainstorming e do grupo nominal**, (SCHOLTES, 1992), aplicadas sobre um coletivo definido de pessoas que expressem um ator, por exemplo, a cúpula dirigente de uma organização.

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

A seleção, ainda que provisória, obedece a alguns critérios:

- ▶ o valor político do problema;
- ▶ o tempo para maturação de resultados;
- ▶ os recursos dominantes exigidos;
- ▶ a governabilidade sobre o problema;
- ▶ o posicionamento de outros atores que têm governabilidade sobre o problema;
- ▶ o custo de adiamento do problema;
- ▶ a exigência de inovação ou continuidade;
- ▶ impacto regional; e
- ▶ impacto sobre o balanço político da gestão ao seu término (MATUS, 1994).

Com os problemas selecionados, passamos para as devidas descrições. A descrição relaciona fatos verificáveis que caracterizam o problema, do ponto de vista do ator que o identifica. Trata-se da construção de elementos **marcadores** do problema, que devem precisar o significado do nome do problema, por meio de um **vetor de descrição do problema (VDP)** ou simplesmente descritores do problema, isto é, como é descrito (detalhado) o problema?

De acordo com Matus (1994), temos o seguinte exemplo:

- ▶ **Nome do Problema:** deficiente abastecimento de água potável no bairro Casa Amarela.

► **Descrição:**

d1 = a população recebe água cinco dias por semana durante 8 horas;

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

d3 = d1 e d2 pioram.

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

A explicação do problema se dá, em seguida, com a construção do modelo causal, que representa as interrelações entre seis tipos de causas, que são: regras, acumulações e fluxos (segundo a natureza das causas – ver teoria da produção social) e dentro da governabilidade (causas que dependem do ator que explica e planeja), fora de governabilidade (causas que dependem no todo ou em parte de outros atores) e fora do jogo (causas associadas a outros problemas). O modelo causal está articulado aos descritores e constitui o fluxograma explicativo, observe a Figura 4.

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

- possuir alto impacto sobre o VDP do problema;
- constituir-se em um centro prático de ação, isto é, algum ator pode atuar prática, efetiva e diretamente sobre tal causa (nó crítico), sem necessidade de atuar sobre suas causas; e

- ser um centro oportuno de ação política, o que implica juízo preliminar de viabilidade política e de relação custos-benefícios políticos (MATUS, 1994).

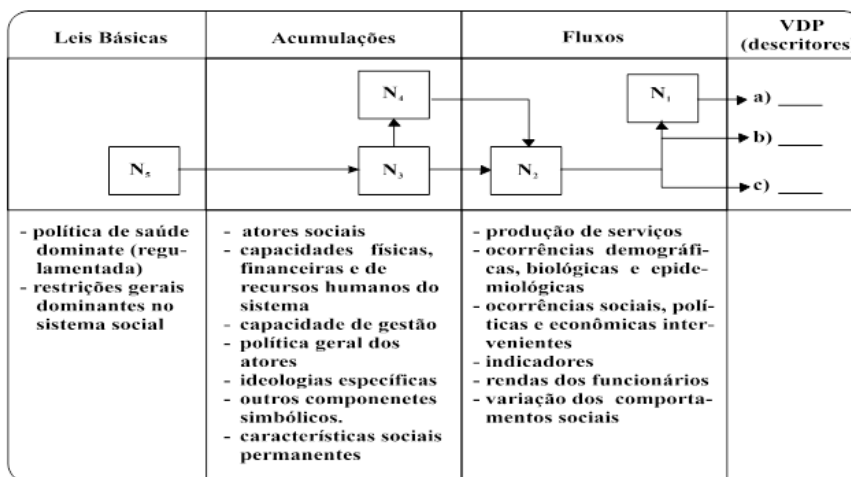


Figura 4: Fluxograma Explicativo
 Fonte: Uribe Rivera (1995, p. 206)

O encadeamento causal apenas dos nós críticos entre si e com os descritores do problema, conforme a **árvore do problema** (Figura 5). Matus (1994) sugere que cada nó crítico seja substituído na árvore do problema pelo respectivo **vetor de descrição do nó crítico (VDNC)**, que cumpre as mesmas funções do VDP em relação ao problema. A função maior do VDNC é, pois, tanto de precisar melhor o nó crítico, quanto de possibilitar o seu monitoramento no período do plano (MATUS, 1994).

O nó crítico, como centro prático de ação, demanda a identificação de operações, compreendidas como atos de intervenção que podem atuar em um ou mais nós críticos, como forma de impactar por consequência, os descritores do problema. O propósito das operações é o de transformar o VDNC inicial e convertê-lo em uma meta, denominado de VDNC*. A rede causal, entre os VDNC* e os consequentes objetivos, **configura a árvore da situação-objetivo** (Figura 6). A identificação das operações necessárias em relação aos nós críticos, uma primeira análise sobre o balanço (positivo ou negativo) dos efeitos do plano (operações)

sobre cada nó crítico e sobre o efeito de cada operação em cada nó crítico, é consolidado na **matriz nós críticos-operações** (Figura 7). Matus (1994) salienta que não se trata de precisar resultados das operações, o que será feito apenas em decorrência da construção de cenários, um dos elementos do momento normativo.

O Momento Normativo

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

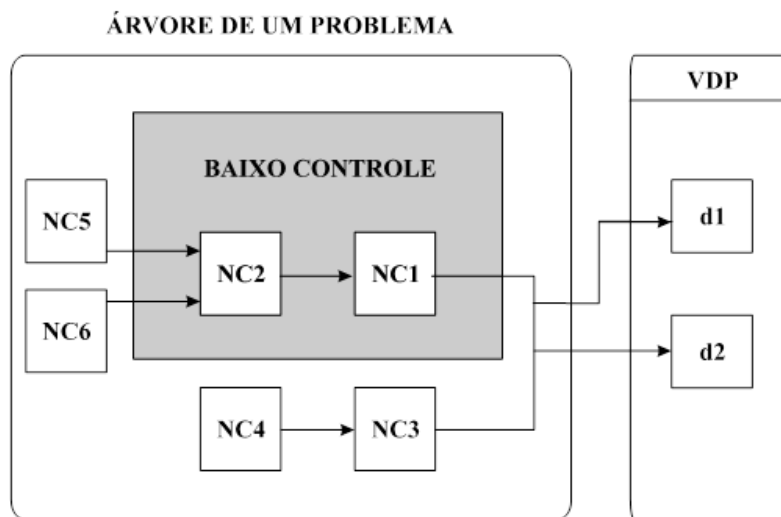


Figura 5: Árvore de um problema
 Fonte: Matus (1994, p. 47)

ÁRVORE DA SITUAÇÃO-OBJETIVO

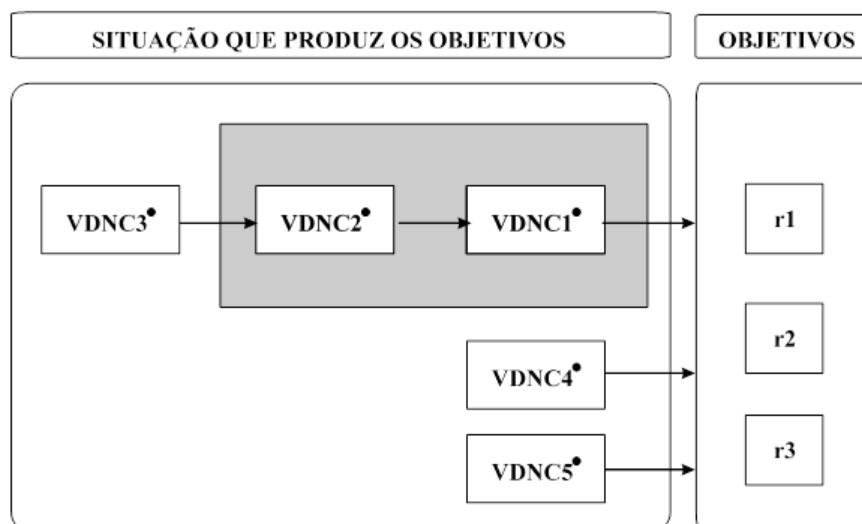


Figura 6: Árvore da situação-objetivo
 Fonte: Matus (1994, p. 77)

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÕES				
	OP1	OP2	DOP3	DOP4	
NC1	+A	0	+A	+A	← Balanço de efeitos das operações sobre o nó crítico NC2
NC2	0	+A	0	-B	
NC3	0	0	+A	0	
NC4	-B	0	0	+A	

↑
Intercâmbio de problemas que gera a operação OP1

Figura 7: Matriz nós críticos-operações
 Fonte: Matus (1994, p. 49)

O desenho de cenários e de programa direcional supõe cálculo situacional interativo e não apenas balanço de recursos para

executar as operações. Os cenários modelam os programas direcionais, entendidos como sequência ou concomitância entre operações no processo de implementação do plano.

A construção dos cenários, como técnica específica, procura analisar o comportamento futuro de variantes (variáveis fora da governabilidade do ator), das **opções** (variáveis sobre controle) e da análise da combinação dos efeitos desses comportamentos (URIBE RIVERA, 1995, p. 208).

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

[...] realização de cálculos para períodos não muito longos, a serem permanentemente reajustados, valendo-se de mecanismos de interação com atores envolvidos na definição virtual de uma situação-objetivo. (URIBE RIVERA, 1995, p. 209).

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

Mas os cenários jamais supõem predição, não eliminando, portanto, os níveis de incerteza futura. Matus apresenta, então, caminhos para lidar com a incerteza. Entre eles, não congelar o cálculo sobre o futuro, ao contrário, refazê-lo constantemente; propor planos de contingência para enfrentar as surpresas; dispor de sistemas de manejo de crises; esclarecer incertezas evitáveis; distribuir e diluir a incerteza entre várias opções e atores; comprar seguros, comprar opções que reduzem incerteza, comprar proteção; limpar os possíveis erros do plano, refazendo análises de pontos fortes e debilidades das apostas assumidas (MATUS, 1994, p. 60-61).

A construção da situação-objetivo trata de verificar a consistência entre os objetivos parciais (VDNC*). A árvore de apostas da situação-objetivo verifica a consistência macrocausal,

o que envolve as relações de causalidade entre os resultados parciais (VDNC*) e os resultados finais (VDR – transformação desejada do VDP) (MATUS, 1994, p. 77).

O programa direcional, que se traduz numa espécie de programa de governo relacionado ao problema a ser enfrentado, contém o conjunto de operações e ações, necessárias para o alcance da situação-objetivo. Ele articula quatro módulos, que se diferenciam entre si pelo nível de desagregação dos projetos de ação que corresponderiam aos níveis ou setores de uma organização responsáveis pelo desenvolvimento de cada módulo. É bastante interessante essa concepção de Matus (1987), que traz implícita uma lógica organizacional e de planejamento descentralizada, mas que se articula globalmente. Assim, é possível que se “equilibre os critérios de coerência global e criatividade descentralizada”. (MATUS, 1987, p. 401).

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

O Momento Estratégico

O momento estratégico trata de analisar se **o deve ser pode ser**. O momento vai enfrentar essa questão, procurando responder a duas perguntas específicas: “cuáles operaciones del plan son hoy viables? E, puedo construirle viabilidad a las operaciones no viables durante mi período de gobierno?”. (MATUS, 1987, p. 105).

O processo de construção de viabilidade é em si a estratégia. Estratégico será tudo o que for feito para alcançar um objetivo ou quando referido a outro (ator), significa a forma de lidar com ele

no jogo, de modo a vencer sua eventual resistência e/ou ganhar sua colaboração (MATUS, 1987, p. 107).

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

Matus (1987) aponta quatro dimensões básicas da viabilidade: política, econômica, cognitiva e organizativa. Já a análise da viabilidade exige questionamentos em três planos: o da decisão, o da operacionalização e, finalmente, o da reprodução estável dos projetos do plano.

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

O propósito inicial é o de diferenciar as operações entre conflitivas e não conflitivas. O procedimento metodológico se dá pela análise da motivação dos diversos atores envolvidos potencialmente com cada operação proposta. A motivação de um ator é entendida como o seu **interesse pela operação** (apoio, indiferença e oposição ou, ainda, sem posição definida, indiferença tática e indiferença por ignorância) e pelo valor para cada ator de cada operação (muito alto, alto, médio, baixo e muito baixo). Uma associação entre a análise de interesse e de valor é obtida com o preenchimento da matriz de motivações dos atores (Quadro 1). Toda operação, que conte com algum nível de oposição de qualquer ator, será definida como conflitiva.

Matus (1987) sofisticava um pouco mais a análise das motivações, procurando valorizar o *vetor de peso* de cada ator, que

ajuda na avaliação da capacidade de pressão do respectivo ator frente à determinada operação. O vetor de peso será decorrente dos recursos críticos que efetivamente aquele ator controla, em relação a cada operação.

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

Tanto Cecílio (1993) quanto Uribe Rivera (1995) fazem considerações pertinentes quanto às limitações metodológicas quando tentamos operacionalizar o conceito de poder, quantificando-o. A metodologia do PES, neste momento, assumiria um caráter mais autorreferencial, como proposta de análise e comparação entre o poder de diversos atores, ao invés da perspectiva policêntrica, presente na categoria situação, que assim mesmo, teria um forte caráter de simulação e presunção, como afirma Uribe Rivera (1995, p. 193).

Matus (1994) mesmo faz uma ressalva importante, ao afirmar que a possibilidade de comparação entre forças de distintos atores não pode se confundir com os resultados dessa comparação.

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

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

Quadro 1: Matriz de Motivação dos Atores
Fonte: Matus (1994, p. 113)

As operações identificadas como conflitivas serão enfrentadas segundo algumas estratégias possíveis. É oportuno compreender que as operações não conflitivas, portanto, viáveis, serão utilizadas como elementos constitutivos na construção de viabilidades. Ao lado dessas operações, que em si devem gerar

eficácia direcional ao plano, pois estão concebidas a partir dos **nós críticos** (momentos explicativo e normativo), Matus propõe a formulação de operações próprias para construir viabilidade para uma ou mais operações do plano identificadas como conflitivas. São operações que objetivam eficácia processual. Ele as chama de *operações OK* e podem ser de diversos tipos: de distração (para confundir), de surpresa (para surpreender), de concessão (para acalmar e conseguir adesão), de reação (para responder), de mobilização popular (para pressionar), de comunicação (para difundir, esclarecer, persuadir), de declaração (para marcar posições), de intimidação (para ameaçar, dissuadir, anunciar uma reação) e de compromisso (obrigar-se a uma promessa) (MATUS, 1994, p. 141). As operações OK expressam de maneira geral as possíveis estratégias a serem empregadas, isolada ou de forma combinadas. Elas podem ser agrupadas nas seguintes categorias:

- ▶ **Imposição:** quando o ator faz uso da autoridade para impor seus propósitos; de maneira geral, quando há posição hierárquica claramente definida e adequada análise de sua eficácia e infalibilidade.
- ▶ **Persuasão:** em geral baseada na capacidade de sedução; implicar obter apoio e adesão sem ceder nada de imediato ou no máximo, uma possibilidade futura de recompensa.
- ▶ **Negociação:** implica reconciliar interesses conflitivos, por um processo em que ambas as partes cedem algo; a negociação pode ser cooperativa (ambas partes ganham), conflitiva (apenas uma parte ganha) e mista (em que há perdas e ganhos entre as partes).
- ▶ **Mediação:** por meio da convocação de um mediador.
- ▶ **Juízo:** por meio da mediação por autoridade judicial e debaixo das regras jurídicas cabíveis.
- ▶ **Coação:** ameaça com risco de ônus para o outro.
- ▶ **Confrontação:** baseado na medição não violenta de forças (pode ser um processo eleitoral).

- ▶ **Dissuasão:** ameaça de aplicação de força, que por si gere o recuo do outro; é preciso eficácia na capacidade de demonstrar o poder, sem precisar usá-lo.
- ▶ **Guerra:** medição violenta de forças (MATUS, 1994, p. 142).

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

O Momento Tático-Operacional

O plano apenas se completa na ação, o momento tático-operacional é o momento do **fazer acontecer**. Matus (1994) trabalha com quatro assertivas que expressam as demandas desse momento. A primeira assume que somente a ação muda a realidade, sendo importante submeter a ação diária à disciplina do planejamento. A segunda afirma que sem a mediação do plano, a ação fica submetida à improvisação. A terceira, diz que o plano sem relação com a ação fica supérfluo, reduzindo-se à mera investigação do futuro. E, finalmente, que o desempenho de uma organização, ou a qualidade de suas ações, tem o limite que permite seus sistemas de direção (MATUS, 1994, p. 157).

Como visto, o conteúdo mais essencial deste momento está precisamente no processo de geração de condições organizacionais para a prática de ações planejadas. Matus faz importantes críticas aos sistemas tradicionais de gestão que operam sob o domínio da

improvisação. Afirma ainda, que a força do plano frente à improvisação é decorrente dos *equipamentos* para tomada de decisões disponíveis no sistema de direção da organização (MATUS, 1994, p. 158).

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



Saiba mais

Macro-organização

Como já referido no início desta Unidade, Matus (ano) apresenta uma forte preocupação com planejamento governamental, assim o seu conceito de macro-organização está mais referido a sistemas de organizações sem comando comum, porém, que coexistem de baixo de regras comuns; para o autor, o governo, estadual ou municipal, com suas diversas organizações, configura-se em uma macro-organização. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

A Dinâmica das Organizações e o PES

A primeira dimensão deste momento se dá pela compreensão necessária acerca da dinâmica da organização, que Matus (1994) chama de **jogo organizativo**, sendo que mais uma vez ele recorre a teoria da produção social, utilizando a metáfora do jogo, para explicar determinada *performance* organizacional. Assim, os elementos básicos do jogo são agrupados e resumidos nas **regras** (normas de fato e normas formais), nas *acumulações* (capacidade instalada de produção, sistemas organizativos, métodos de trabalho, etc.) e nos *fluxos de produção* (atos comunicacionais, atos de fala e ações).

As regras na metáfora do jogo expressam os principais condicionantes de uma organização. Desse ponto de vista, as regras são melhor compreendidas se tomadas como categorias de análise de fatores intervenientes sobre as organizações. Com essa formulação, Matus (1994) constrói uma fórmula bastante criativa em uma perspectiva multidimensional bastante abrangente, para análise organizacional, sendo possíveis algumas analogias às compreensões mais comuns próprias das *teorias organizacionais*, quando elas utilizam, por exemplo, as dimensões estrutura, tecnologia, ambiente, objetivos, pessoas (poder), entre outras categorias. Poderemos observar adiante que tais dimensões

estariam compreendidas nas regras formuladas por Matus, ainda que ponderações sobre algumas lacunas mereçam também ser comentadas.

Para a compreensão e aplicação da metáfora do jogo às organizações, é preciso reconhecer que Matus está concebendo as organizações como espaços particulares de sistemas sociais mais amplos, macro-organizações. A teoria da produção social (vista no momento explicativo) supõe a concepção de espaço (de produção), como subsistema social em que interagem atores em processos cooperativos e/ou conflitivos, função de seus interesses e objetivos. Assim, para operacionalizar a metáfora do jogo ao nível organizacional, com as suas regras, é preciso reconhecer a interação desse espaço (singular) com o sistema macro-organizacional (espaço geral). (SILVA, 1994, p. 22).

São quatro as regras definidas pelo autor:

- ▶ Direcionalidade;
- ▶ Departamentalização;
- ▶ Governabilidade; e
- ▶ Responsabilidade. (MATUS, s.d., p. 1-4).

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

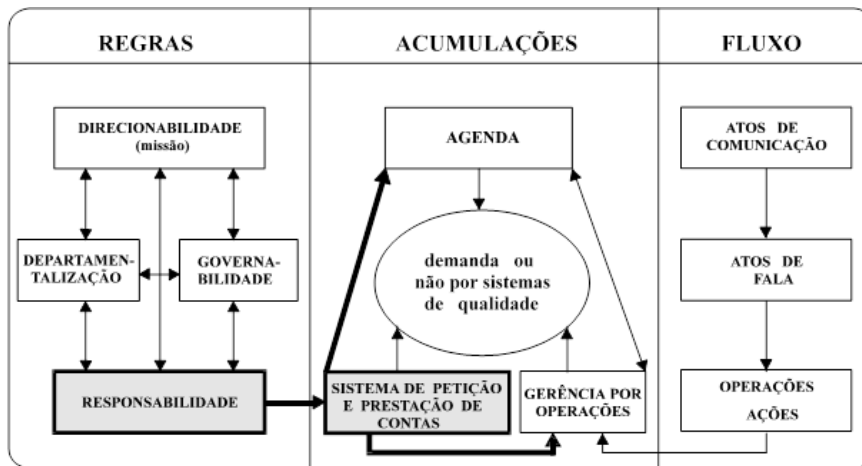


Figura 8: As organizações como sistema de produção social
 Fonte: Uribe Rivera (apud SILVA, 1994, p. 30)

As regras de departamentalização condicionam a criação de unidades organizativas específicas, com capacidades produtivas próprias e que têm expressão formal através de uma dada estrutura. Essas regras expressam uma correspondência entre o processo de diferenciação de funções (distribuição da missão e objetivos) e a diferenciação organizativa (criação de unidades). Esse processo pode caracterizar a organização como redundante, quando várias unidades cumprem a mesma missão e objetivos; simétrica, quando a cada unidade corresponder objetivos específicos e exclusivos; ou assimétrica, quando toda a missão e todos os objetivos forem exclusivos de uma única unidade (ausência de departamentalização) (MATUS, s.d., p. 2).

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

Finalmente, as regras de responsabilidade condicionam a distribuição e a cobrança de responsabilidades na organização, com relação



Saiba mais

Autonomias internas

Como autonomia compreende-se o grau de controle sobre capacidades físicas e intelectuais de produção e, ainda, das competências para exercê-las. Fonte: Matus (s.d., p. 3).

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

Essa compreensão de Matus (1993) é extremamente interessante e está associada à compreensão de descentralização de problemas para níveis que possam ser tratados de forma criativa.

à sua missão e objetivos. Estão expressas na existência e operacionalidade de sistemas de aferição de cumprimento de **compromissos**, tomando por referência o desempenho organizacional com base em seus resultados.

O autor aponta algumas deficiências típicas do jogo organizativo, desde que não se “aplique” adequadamente às regras citadas, o que conformaria os seguintes desajustes organizacionais, que trazem por consequência a ineficiência e a ineficácia da gestão:

- ▶ **Ingovernabilidade:** quando a organização deve responder por problemas (relacionados a seus objetivos) sobre os quais não tem governabilidade; pode ser uma ingovernabilidade absoluta ou parcial.
- ▶ **Centralismo:** quando determinado nível organizacional (externo ou interno) concentra governabilidade sobre problemas de baixo valor para este nível, mas de alto valor para níveis subordinados, que são mais afetados por tais problemas.
- ▶ **Irresponsabilidade:** quando a organização na perspectiva do cumprimento de sua missão e objetivos atua sem que haja qualquer prestação externa de contas ou qualquer cobrança interna de contas, sobre objetivos, operações, eficiência e eficácia (MATUS, 1993, p. 163).

Conclui Matus (1993) que, em um jogo organizativo mal construído, todos esses desajustes estão juntos, por claras relações de condicionamento mútuo, salientando, no entanto, o autor, que as regras de responsabilidade são as mais condicionantes, em relação às demais, determinando, em última instância, a qualidade do sistema de gestão.

Por consequência, são as regras de responsabilidade que também irão condicionar os três componentes-chave, no plano das acumulações, do sistema de gestão idealizado por Matus e por ele denominado de **triângulo de ferro**, (MATUS, 1993, p. 164) observe na Figura 9.

Os seus sistemas integrantes são:

- ▶ **Sistema de conformação da agenda:** trata do uso do tempo do dirigente e dos focos de atenção (problemas) a serem priorizados; nessa instância é importante valorizar as importâncias (problemas prioritários e pré-processados) *versus* as urgências.
- ▶ **O sistema de gerência operacional:** que articula as ações cotidianas (por operações) em bases criativas; trata do enfrentamento de problemas que têm mais valor, estando implícita a noção de descentralização.
- ▶ **O sistema de petição e prestação de contas por desempenho:** que possibilita efetivar o processo de aferição de compromissos (resultados) em todas as esferas da organização, referidos à sua missão e seus objetivos; o sucesso ou insucesso desse sistema decide o grau de (ir)responsabilidade da organização; esse é o sistema que demanda por planejamento, demandando também os demais sistemas.

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

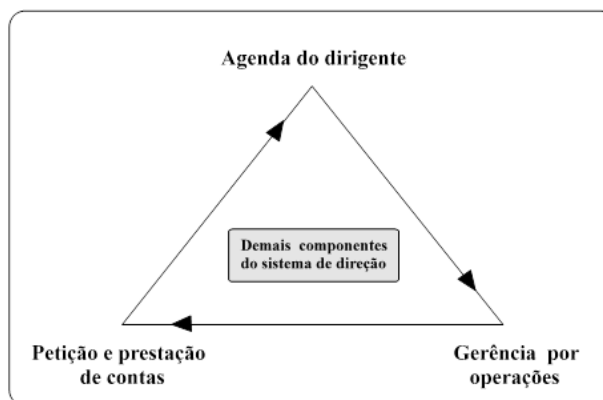


Figura 9: Triângulo de Ferro
 Fonte: Uribe Rivera (apud MATUS, s.d., p.172)

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

Matus utiliza a classificação de atos de fala de Searle (1969), esse autor classifica os atos de fala em cinco tipos: asserções ou afirmações, declarações, diretivas, compromissos e expressões.

Uma compreensão mais radical de organização como rede de conversações e com suporte metodológico para apoio à gestão pode ser visto em Flores (1989).

Silva (1994, p. 28) propõe a compreensão do sistema de petição e prestação de contas como um “instrumento para a criação de pactos internos, visando o cumprimento dos objetivos da organização e não como um sistema puramente de controle”. Seguindo essa compreensão, esse sistema pode assumir, externamente, nas organizações públicas, a lógica de contratos de objetivos, pactuados por processos de negociação entre as partes (Estado/governo – organização e internamente, entre seus membros, mantendo-se capilaridade e condicionamento mútuo quanto a demandas internas e externas).

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

- ▶ Os atos de comunicação ou ações locutivas que compreendem as comunicações formais.
- ▶ Os atos de fala que se originam nos atos de comunicação, por meio do intercâmbio de significados definidos pelos indivíduos em relação àqueles atos.
- ▶ Operações, ações, tarefas, etc.: incluindo seus produtos e resultados.

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

O Sistema de Direção Estratégica

Adiantamos que o **triângulo de ferro** contém os sistemas-chave de uma estrutura de gestão, já que, especialmente a partir do sistema de petição e prestação de contas, demanda por mais sistemas. A seguir todos esses sistemas são apresentados.

A Agenda do Dirigente

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

Problemas:

- ▶ são bastante consumidores de tempo;
- ▶ parecem postergáveis e não muito urgentes;
- ▶ emitem sinais débeis para chamar a atenção;
- ▶ são complexos, ainda que fáceis de identificar como “paisagens” e de difícil valoração no presente, pois parecem inevitáveis;
- ▶ produzem incômodos e desagradados em função da baixa competência para enfrentá-los; e
- ▶ exigem inovação para enfrentá-los e requerem assumir riscos.

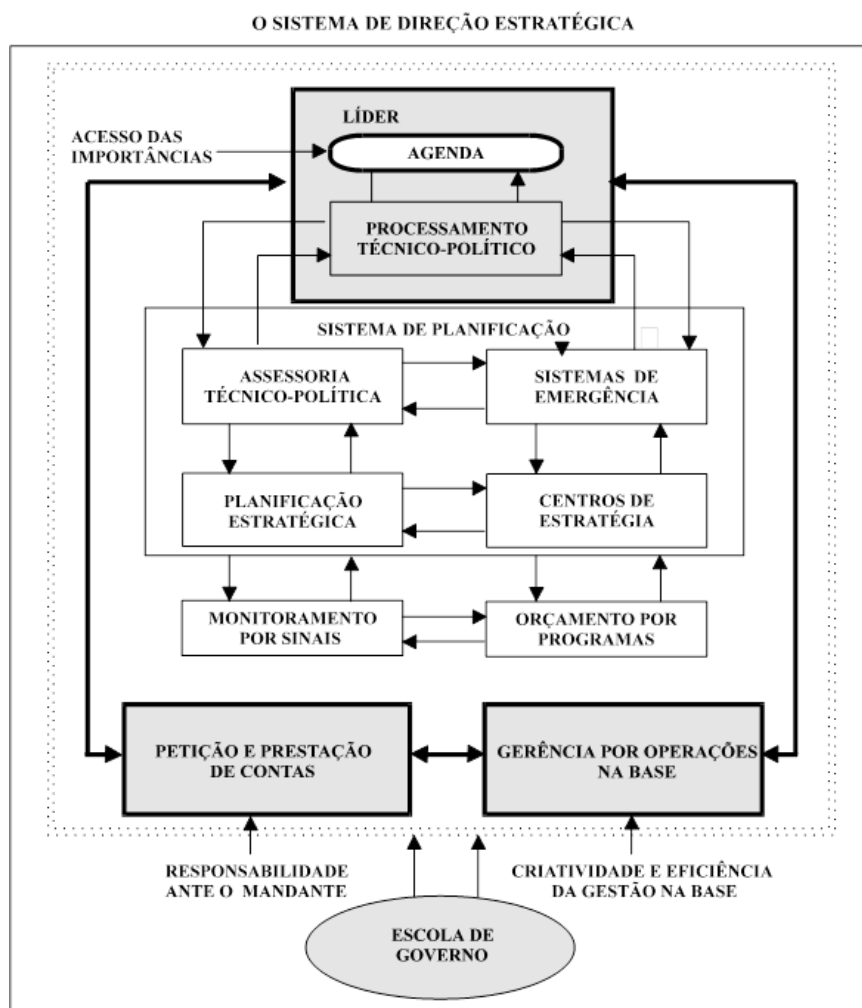


Figura 10: O Sistema de Direção Estratégica
 Fonte: Matus (1994, p. 166)

Matus (1994) completa afirmando que os problemas mais transcendentais possuem características similares a estas:

- ▶ não se captam na superfície da realidade;
- ▶ sua importância é revelada quando projeta-se a realidade sobre o futuro;
- ▶ às vezes, por serem antigos, estão incorporados à paisagem, com adaptação social a seus efeitos negativos;

- ▶ produzem incômodos pelos custos políticos ou econômicos para enfrentá-los e pela necessidade de inovar; e
- ▶ não possuem “doentes particulares”, pois de maneira geral afetam o conjunto social, o que faz a política clientelista ignorá-lo.

Em cinco casos diversos de assessoria, Matus (1994) identificou que apenas 3% dos problemas, que chegavam às agendas dos dirigentes, haviam sido submetidos a processamento técnico-político adequado.

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

O Sistema de Processamento Técnico-Político

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

- ▶ Ser filtro de qualidade no processamento de problemas; fazer frente aos extremos do tecnicismo e do politicismo; deve produzir cálculos situacionais de síntese, com o intuito de facilitar o relacionamento do dirigente com seus assessores, subordinados e outros atores externos.
- ▶ Defender as importâncias frente às urgências.
- ▶ Fazer constantemente uma síntese de monitoramento do desempenho da organização.

- ▶ Manter monitoramento periódico da agenda do dirigente, para demonstrar-se objetivamente o uso do seu tempo e os seus focos de atenção, visando eventuais correções.
- ▶ Colaborar com o dirigente na preparação rigorosa da petição de contas.
- ▶ Estabelecer mediação com o sistema de planejamento, com o propósito de melhorar constantemente a alimentação do processamento técnico-político.

O Sistema de Controle de Crises

Composto de quatro elementos:

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

Tipicamente, esse sistema seria próprio de estruturas governamentais centrais. Adiante, Matus (1994) fala de **salas de governo ou salas de situações**, também, referindo-se a governos, mas que pode ser compreendido como estrutura técnico-logística para monitoramento e controle de situações, podendo estar associada à unidade de processamento técnico-político falado anteriormente.

O Sistema de Planejamento Estratégico

Trata-se de uma cadeia de diversas instâncias de planejamento, que articula desde a unidade e o sistema de processamento técnico-político, o setor de planejamento propriamente dito e o que Matus chama de centros de grande estratégia. Mais uma vez, a concepção do autor está referida aos sistemas de planejamento governamental. O que importa é a compreensão de planejamento estratégico, debaixo da lógica de

cálculo técnico-político como processo que preside e precede a ação. Nas organizações em geral, esse processo seria disperso pelas unidades operacionais, por eventual setor de planejamento e pela unidade de processamento de problemas.

Centros de Grande Estratégia

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

O Sistema de Orçamentação por Programa

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

O Sistema de Monitoramento

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

Um programa computacional com os objetivos de monitoramento das conversações foi desenvolvido por Flores (1989).

É importante a distinção dos sistemas estatísticos de informações tradicionais. Matus (1994) faz um contrapondo segundo seis variáveis: tipo de usuário, massa de informação, atraso aceito, percibibilidade, produção e uso e tipo de informação.

O sistema de monitoramento deve contar com a possibilidade de transformar informação primária em informação relevante

(indicadores) e ainda expressar os indicadores por um sistema de sinais, incluindo zonas (faixas) de comportamento esperado para cada indicador, com respectivo piso e teto. Um indicador com resultado fora dessa zona seria identificado com **sinal** específico.

O Sistema de Prestação e Petição de Contas

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

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

O Sistema de Gerência Operacional

Neste caso, Matus (1994) considera pertinentes as concepções de gestão por objetivos, gerência por operações e gerência de qualidade total. A ideia central é um sistema de gestão que alterna ciclos de criatividade e rotina, por meio da mobilização de recursos humanos para enfrentamento criativo de problemas e transformação das práticas em rotinas de qualidade. Mesmo as rotinas melhoradas, devem voltar continuamente a sofrer o impacto de novos esforços criativos.

A Escola de Governo

Matus (1994) propõe a criação desse tipo de escola (nível governamental) em função da debilidade das universidades em cumprirem com a função de formação de dirigentes mediante programas atualizados.

Estratégias de Reforma Organizacional

O tema da reforma organizacional não está por acaso nas preocupações de Matus (1994). Toda a sua concepção sobre planejamento e sobre sistemas de direção necessita estar associada a estratégias de reformas que viabilizem novas *performances* e minimizem riscos de retorno aos níveis de desempenho anteriores. O que temos constatado na maioria das propostas de mudança organizacional é que as estruturas têm se constituído no principal foco da reforma.

Matus (1994) propõe estratégias, senão inversas, mas ao menos, distantes a princípio das formas organizativas. Ele vai trabalhar com o princípio da subordinação da organização às práticas de trabalho, assim enunciado:

La organización real se impone sobre la organización formal, porque la primera se sustenta en prácticas de trabajo arraigadas. Si se quiere reformar una organización, no comience por las consecuencias, ya que en toda organización rige el siguiente proceso causal: estructuras mentales – prácticas de trabajo – estructuras organizativas. (MATUS, 1994, p. 175).

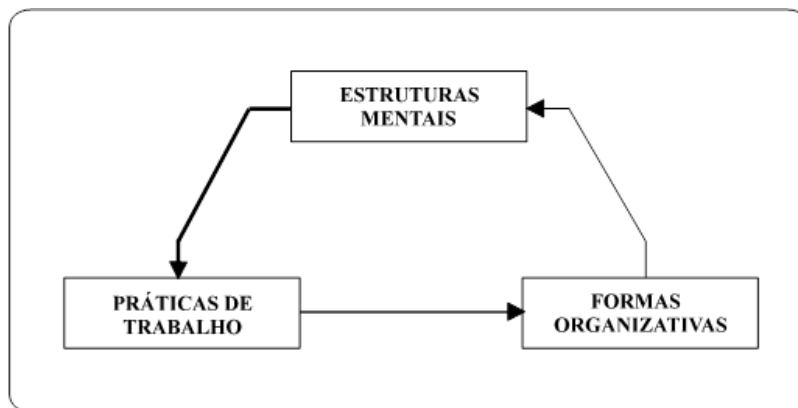


Figura 11: O princípio de subordinação da organização às práticas de trabalho
Fonte: Matus (1994, p. 175)

Matus (1994) identifica duas grandes estratégias de mudança organizacional: a estratégia de reforma horizontal por sistemas e a

estratégia de reforma vertical. A estratégia horizontal supõe mudanças sequenciais nos diversos sistemas operacionais (pessoal, contabilidade, orçamento, compras, etc.). Ocorre que reformas desse tipo tendem a gerar desequilíbrio no processo de trocas entre os setores reformados e os não reformados, devido às suas relações intersistêmicas. A organização, segundo Matus (1994), poderá até aceitar as novas estruturas organizativas, mas tenderá a rechaçar suas práticas.

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

Para Matus (1994), a viabilidade de mudança está do lado da estratégia vertical e radical. As condições para o seu sucesso, segundo a experiência do autor, são as seguintes:

- ▶ A instituição a ser reformada deve ter suficiente peso e autonomia para resistir às pressões interinstitucionais.
- ▶ Deve ter uma direção (dirigente) estável pelo período crítico da reforma (Matus estima 18 meses).
- ▶ O dirigente deve encabeçar a reforma, não sendo delegável a um segundo nível.
- ▶ O dirigente deve ser treinado em técnicas de alta direção para encabeçar a reforma.

- ▶ Deve haver uma estratégia adequada, envolvendo o respeito à sequência das estruturas mentais – práticas de trabalho – das formas organizativas; treinamento do dirigente, de 70% dos quadros de direção e de pelo menos 20% de todo o pessoal; assessoria capaz de desenhar as novas práticas de trabalho; e concentração da reforma na estruturação do triângulo de ferro.

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

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, leia os seguintes textos:

- 📌 *Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde* – de Luís Cecílio.
- 📌 *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: Uma Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará* – de Roseli Monteiro da Silva.
- 📌 *O Processo de Desenvolvimento de Sistemas de Gestão em Organizações Hospitalares e a Importância da Profissionalização de seus Dirigentes: Considerações a partir de um Processo de Consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fiocruz* – de Pedro Barbosa.
- 📌 *Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil* – de Rosana Onocko Campos.

Resumindo



Nesta Unidade vimos que o PES apresenta enorme riqueza como método de planejamento, mas acima de tudo, concebendo e fazendo parte de um sistema de gestão. Seus conceitos e a sua prática permitem configurar o que poderíamos designar de planejamento-ação ou simplesmente gestão, na forma com que estabelecemos na nossa introdução. Porém, o PES, destacando o momento tático-operacional, demanda e conforma um modo de direção, um modelo de gestão e um efetivo sistema de gestão.

Seguramente, precisamos exercitá-lo, tomar problemas relevantes e aplicar o método. Em uma perspectiva circular, quanto mais exercitamos o planejamento estratégico-situacional de Matus (1994), mas podemos reforçar uma concepção e uma estrutura de gestão.

Enfim, é oportuno fazer simulações com o método, de preferência a partir de problemas da sua realidade, do seu serviço de saúde ou mesmo da sua rede de serviços.



Atividades de aprendizagem

Chegamos ao final da Unidade 5, esperamos ter contribuído com o seu aprendizado. A partir de agora, você poderá conferir o que aprendeu nesta Unidade, para tanto, responda à questão proposta a seguir.

Lembre-se de que, se precisar de auxílio, o seu tutor está à sua disposição para ajudá-lo no que for necessário.

Bons estudos!

1. Considere as abordagens de Carlos Matus e, em especial, os elementos a comporem o Triângulo de Ferro, conforme Figura 8 do texto e comente as possibilidades para aprimoramento dos sistemas gerenciais em saúde a partir das contribuições do planejamento estratégico de Carlos Matus.

UNIDADE 6

PROFISSIONALIZAÇÃO DOS DIRIGENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Conhecer a Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde;
- ▶ Identificar as Estratégias de Profissionalização; e
- ▶ Distinguir a Dimensão da Formação e das Instituições.

PROFISSIONALIZAÇÃO DOS DIRIGENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Caro estudante,

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

Muito bem, vamos ver essas respostas a seguir.

Bom trabalho!

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

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

Nesta Unidade, o tema da profissionalização gerencial é compreendido como uma dimensão estratégica do processo de desenvolvimento de modelos inovativos de gestão para serviços de saúde.

Lidar com esse tema é, de algum modo, navegar sem rotas muito precisas. Motta (1991) alerta quanto à ambiguidade e mesmo o mistério que cerca a definição da função gerencial, ainda que muito já se tenha estudado. A comparação que esse autor faz do gerente com o técnico de futebol é ilustrativa: “permanecem com as vitórias e se vão com as derrotas” (MOTTA, 1991, p. 19). Nesse caso, a comparação é geral, não sendo construída obviamente para dirigentes de saúde, em que ainda pouco se valoriza tanto as vitórias quanto as derrotas e mesmo os dirigentes!

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

Um exemplo: um hospital de médio porte, com 150 a 200 leitos de média complexidade de atenção, com cerca de três funcionários por leito, ambulatorios e emergência 24 horas, dificilmente, terá um custo anual menor do que **30 milhões de reais**. Os responsáveis por esse patrimônio, gerentes desse processo de trabalho e desses recursos, podem não se dar conta de que estão incapacitados?

Voltando às contribuições de Motta (1991, p. 20), há que se concordar que a “função gerencial contrasta com outras funções produtivas (técnicas e administrativas), passíveis de definições claras sobre atribuições [...]”. A função gerencial, por sua vez, é repleta de dualidades, sendo também, ambígua. Completa o autor:

Dirigentes [...] não supervisionam rotinas nem lidam com tecnologias específicas; não produzem bens ou serviços

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

quando transacionam com públicos interno e externo [...]; envolvem-se, todavia, com inúmeras rotinas e técnicas, agindo diferenciadamente quanto à natureza e tempo em cada uma delas. (MOTTA, 1991, p. 20).

Não temos a pretensão de caracterizar a função do dirigente de saúde. Por isso, estão aceitas as considerações preliminares de Motta (1991), sem que, no entanto, isso impeça que discorramos, mesmo em primeira aproximação, sobre a profissionalização do dirigente hospitalar, tomando as perguntas formuladas no início como provocações que ajudam na construção de um roteiro.

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

Uma boa experiência de gestão seria inviável sem o recurso profissional da gestão devidamente habilitado. Quanto a isso, podemos concordar com Matus (1994, p. 177) quando fica estabelecido, entre as bases para a intervenção e desenvolvimento organizacional, “o treinamento de pelo menos 70% dos quadros gerenciais”.

ESTRATÉGIAS DE PROFISSIONALIZAÇÃO: A DIMENSÃO DA FORMAÇÃO E A DIMENSÃO DAS INSTITUIÇÕES

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

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

A profissionalização do gerente significa o processo de habilitação, tomando como referência um rol de conhecimentos e habilidades particulares, possíveis de serem desenvolvidas em programas de formação. Mas a profissionalização apenas se confirma, quando a competência específica encontra espaço socialmente definido para a sua prática, valorizando-a na sua especificidade, uma vez que cumpra uma razão de ser própria, seja socialmente demandada e institucionalmente legitimada. A profissionalização tem duas dimensões, uma ao nível da formação, outra ao nível institucional, como função profissional. A sua interdependência e potencialização deve ser evidente. Na França, essa relação biunívoca encontra-se formalmente definida – existe a carreira de diretor hospitalar. Esse processo, no entanto, não impõe tal formalização, mas deve conter níveis significativos de legitimidade. Como dar conta dessas duas dimensões, será visto em seguida.

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

- ▶ **O bom-senso:** apesar de requisito para qualquer atividade importante, é insuficiente para lidar com a complexidade dos sistemas organizacionais modernos.
- ▶ **A autoridade do cargo:** se por um lado a autoridade do cargo é fonte de legitimidade e de poder, é também limitada para dar conta do comportamento administrativo dos indivíduos, já que grande parte dos

fatores que condicionam a prática de trabalho é incontrolável pela autoridade hierárquica.

- ▶ **A qualidade da decisão:** necessária sem dúvida, mas não traz consigo a garantia da implementação, que é um processo sujeito às mesmas influências técnicas e políticas da decisão.
- ▶ **Os conhecimentos de procedimentos burocráticos:** conforma uma ajuda importante, mas pouco tem a ver com a capacidade de decisão e inovação, habilidades gerenciais modernas (MOTTA, 1991).

Outra questão bastante atual diz respeito às diferentes competências segundo os níveis de gestão. Motta (1991, p. 37) afirma que,

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

Assim, propõe o autor que todos os profissionais de gestão sejam capacitados segundo a perspectiva clássica dos dirigentes de alto nível. Assume-se que em qualquer nível, mas especialmente em decorrência dos processos de descentralização, “todos os gerentes cumprem funções voltadas primordialmente para o direcionamento da organização”. (MOTTA, 1991, p. 37).

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

- ▶ **Estratégia:** conhecer, desenvolver alternativas e responder demandas, necessidades e apoios comunitários.

- ▶ **Racionalidade administrativa:** agir segundo etapas de uma ação racional calculada.
- ▶ **Processo decisório organizacional:** tomar decisões, interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem.
- ▶ **Reativar e reconstituir constantemente a ideia da missão e dos objetivos comuns:** conduzindo as pessoas à ação cooperativa desejada (MOTTA, 1991).

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

[...] os conhecimentos ou **nível do saber**, que dizem respeito as teorias, conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção, as organizações; as habilidades ou **nível do saber fazer**, isto é, a capacidade de se utilizar do saber para analisar as situações, diagnosticar os problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho, gerir o pessoal; as atitudes ou o **nível do saber-ser**, isto é, as disposições compatíveis com uma gerência eficiente, como a abertura de espírito, a empatia, o pragmatismo e o sentido ético. (DUSSAULT, 1992, p. 38).

A competência do gerente será então determinada por um conjunto de fatores pessoais, inatos e intuitivos, além de outros adquiridos em suas experiências, mas também por uma formação específica, por meio do desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de novas atitudes. (DUSSAULT, 1992).

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

Também é necessário o alerta de que todos esses domínios podem ser extremamente vastos, sendo necessária uma adequada

identificação de seus limites. Especificamente nos campos da estratégia e da racionalidade administrativa, Motta (1991) acredita existirem técnicas em grande número, não sendo necessário que todas sejam do domínio do dirigente ou mesmo que venham a fazer parte do seu cotidiano.

Em nível específico da estratégia, o objetivo é o desenvolvimento

[...] da capacidade de pensar estrategicamente, ou seja, de ter visão do futuro e do grande escopo, de usar análises racionais e métodos intuitivos e de lidar com o incerto, o imprevisível e o não familiar. (MOTTA, 1991, p. 39).

O domínio das técnicas pode e deve ser limitado, “o suficiente para ajudá-los a desenvolver a visão estratégica da organização”. (MOTTA, 1991, p. 39).

É preciso fazer uma ressalva quanto ao domínio do método de Planejamento Estratégico Situacional – PES –, desenvolvido na Unidade 5. Não podemos propor o seu domínio integral pelos dirigentes, ainda que em muitos casos seja imperioso o conhecimento de grande parte do método, especialmente para os casos em que houver o propósito de implementação do sistema de gestão que emana daquele método. No entanto, mesmo nesses casos, toda a metodologia deverá envolver processo concomitante de assessoria e treinamento gerencial. Os dirigentes não poderão prescindir, porém, de conhecimentos e habilidades mínimas para desenvolver o pensamento estratégico, conforme assinalado por Motta (1991).

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

[...] os dirigentes devem obter informações sobre algumas técnicas fundamentais, não para praticá-las, mas para familiarizarem-se com suas dimensões básicas e saber utilizar com mais eficiência os especialistas da área. (MOTTA, 1991, p. 39).

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

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

Motta (1991, p. 42) destaca conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento da liderança e das capacidades interpessoais, essenciais para a eficácia gerencial.

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

[...] entender o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente, as necessidades da comunidade e a sua distribuição e evolução. (DUSSAULT, 1992, p. 16).

Essa é a primeira condição para conduzi-la, mas o dirigente, segundo esse autor, deve também ter a capacidade de “adaptação”, sendo capaz de enfrentar situações inesperadas e para elas preparando-se. Essa capacidade coincide com a dimensão estratégica de Motta (1991, p. 16) e se traduz na competência para “saber definir objetivos e estratégias e divulgá-los, tanto para dentro como para fora da organização”.


Esse autor também afirma que ao nível técnico específico, não há necessidade de conhecimento especializado sobre cada área

de gestão ou produção de serviços de saúde. O conhecimento deve ser suficiente para que entendamos o que seus especialistas fazem, sendo capaz de com eles interagir. (MOTTA, 1991, p. 17).

Dussault (1992) arremata suas ideias afirmando que são oportunos os programas de formação que ajustem desenvolvimento de capacidades analíticas com possibilidades intervencionistas, que aliem competência docente a experiências gerenciais. Essa compreensão se ajusta adequadamente ao seguimento desse texto.

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

O maior obstáculo para a contrapartida institucional a esse processo de desenvolvimento gerencial, ainda, é a grande dependência de seus serviços dos níveis decisórios centrais. Assim, a governabilidade dos dirigentes de serviços de saúde encontra-se de maneira geral, bastante reduzida. Conferir maior autonomia às organizações de saúde, nos três níveis de governo, é uma condição para maior agilidade e capacidade de resposta às pressões sobre a **gerência local**. O argumento comumente usado de que não há competências e instrumentos locais para a descentralização será entendida como desinteresse em querer fazer.



Lembre-se de que tratamos deste tema na Unidade 2.

Mas de que autonomia nós estamos falando? Que tal fazer uma releitura na Unidade 2? É muito importante que você tenha isso claro para poder concluir esta disciplina.

É preciso ter claro também que qualquer processo de descentralização e maior autonomia local deve significar também

Quanto a possíveis lógicas de relacionamento entre organizações públicas com autonomia e o Estado, destacamos o estabelecimento de contratos de gestão entre as partes, cujos resultados são pactuados, com os respectivos meios para alcançá-los e níveis de autonomia são reforçados; veja novamente o que foi considerado na Unidade 2 e na Unidade 3.

uma revisão das funções dos organismos centrais e em última instância, uma revisão nas relações entre organizações subordinadas, ainda que autônomas, e o próprio Estado, conformando uma nova administração pública e novos instrumentos de relacionamento entre a autonomia e a **coordenação do Estado**.

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

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

Aqui se insere outro componente da dita dimensão institucional e específica para as organizações hospitalares, que é o próprio sistema de gestão, agora já assumido em base de maior

autonomia. Mas será preciso conferir a esse sistema, as especificidades necessárias à condução daquelas organizações. Esse tema já foi explorado nas Unidades anteriores, sendo suficiente no momento a compreensão defendida de que a estratégia institucional para alimentar o processo de profissionalização de seus gerentes deve estar amparada na transformação dos sistemas gerenciais de seus serviços, abrindo espaço e valorizando a competência profissional advinda das linhas de formação.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, leia o seguinte texto:

- 📌 *A modernização da Administração pública brasileira nos últimos 40 anos* – de Paulo Roberto Motta.

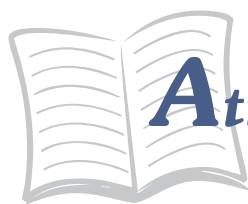
Resumindo



Nesta Unidade conhecemos a Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde e compreendemos que pode ocorrer uma dimensão estratégica do processo de desenvolvimento de modelos inovativos de gestão para serviços de saúde.

Identificamos as Estratégias de Profissionalização, distinguindo a dimensão da formação e das instituições, vimos também o conjunto de fatores intervenientes relacionados ao desempenho das organizações e como podemos alcançar resultados de qualidade.

Enfim, percebemos que a prática gerencial não profissionalizada, por mais experiência que tenhamos, não será suficiente para o bom desempenho organizacional.



Atividades de aprendizagem

Muito bem! Chegamos ao final desta disciplina. Para conferir se você compreendeu o que abordamos nesta Unidade, responda à questão proposta a seguir. Se precisar de auxílio, entre em contato com o seu tutor. Lembre-se de que ele está à sua disposição.

Esperamos ter contribuído bastante para o seu aprendizado e recomendamos que você pesquise em outras fontes para adquirir mais conhecimentos sobre o assunto abordado.

Sucesso!

1. Comente brevemente os principais desafios para a profissionalização da gestão em saúde no âmbito do SUS, à luz do contexto atual e das abordagens apresentadas no texto.

Referências



ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP. Revista Brasileira de Administração Pública*, v. 1, p. 77-87, 2007.

ANDRÉ, M. *Contratos de gestão: subsídios para a reforma do Estado*. IBAN/ENAP, Rio de Janeiro. 1994.

ARTMAN, Elizabeth. *O Planejamento Estratégico Situacional – PES: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde*. Dissertação (Mestrado), ENSP, mimeo, 1993.

AUSTIN, John L. *Como Hacer Cosas con Palabras*. España: Ediciones Paidós, 1981.

BARBOSA, P. R. *Fundações Estatais como estratégias para novos modelos públicos de gestão hospitalar*. Apresentação em ppt. Conasems. Joinville: junho, 2006.

BARBOSA, Pedro R. *O Processo de Desenvolvimento de Sistemas de Gestão em Organizações Hospitalares e a Importância da Profissionalização de seus Dirigentes: Considerações a partir de um Processo de Consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fiocruz*. Rio de Janeiro: 1995, Mimeo.

BERTALANFFY, Ludwig. *General Systems Theory: a New Approach to Unity of Science*, in *Human Biology*, dezembro, 1951.

BRASIL. *Acórdão n. 1.193/2006 – Plenário*. Sumário: Auditoria. Relacionamento entre Hospitais Federais no Rio de Janeiro e Fundações de Apoio. Constatação de Irregularidades. Determinações. Recomendação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 2006. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 4 set. 2008.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Modelo padrão de Lei de implementação de contrato de gestão – Organizações Sociais*. Brasília, 1995b.

_____. Ministério da Saúde. *Mais Saúde: direito de todos – 2008/2011*. 2. ed. Brasília – DF. Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão*. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal. Brasília: Principais Aspectos. 2007.

_____. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília, 1995a. 86 p.

_____. *Portaria n. 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004a*. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1702_170804.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

_____. *Portaria n. 1.703/GM/MS; 17 de agosto de 2004a*. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1703_170804.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

BURMESTER, H.; RICHARD, J. La planification et le management stratégiques. In: CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpitalbrésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.

CAMPOS, A. C. *O Controle de gastos em saúde*. Racionamento ou redistribuição? Lisboa: ENSP, 1981. (Cadernos de Saúde, 7).

CAMPOS, Ana Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 24(2)30-50, 1990.

CAMPOS, Rosana Onocko. *Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul-set, 2000.

CASTOR, B. O.; FRANÇA, C. Administração Pública no Brasil – exaustão e revigoramento do modelo. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 20(3): 3-26, 1986.

CECÍLIO, Luís C. *Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde*. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva, UNICAMP. São Paulo, 1993.

CHIAVENATO, Idalberto. *Teoria Geral da Administração*, v. I. McGraw-Hill do Brasil, 1979.

DAFT, Richard. *Organization Theory and Design*, 4. ed. Saint Paul: West Publishing Company, 1992.

DRUCKER, Peter. *Prática da Administração*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1962.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. *Revista Administração Pública*, n. 2, v. 26, Rio Janeiro: FGV, 1992.

ENSP/Fiocruz. *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar – Cooperação Técnica ENSP/Rennes*. Documento Síntese, mimeo, 1992.

FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London, Financial Times Healthcare, 1997.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Hospital Evandro Chagas – *Projeto Institucional*, mimeo, 1989.

FLEURY, S. *Tendências e perspectivas da autonomia e regulação da gestão pública no Brasil*. Seminário. Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ – ESPP, novembro, mimeo. 1996.

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

GIL, Antônio C. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1987.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. *Administração e Contexto Brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

HOUAISS, Instituto Antônio Houaiss. Versão monousuário, 3.0. CD-ROM. Objetiva: junho de 2009.

IBAÑEZ, Nelson; BITTAR, Olímpio José Nogueira; SÁ, Evelin Naked de Castro; YAMAMOTO, Edison Keiji.; ALMEIDA, Márcia Furkin.; CASTRO, Claudio Gastão Junqueira. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 391-404, 2001.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 12, suppl. 0. Rio de Janeiro: novembro de 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da Saúde – *Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro, IBGE, 2006.

KHANDWALLA, Pradip. *The Design of Organizations*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1977.

LALANDE, A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. In: *Dicionário de Ciências Sociais*. Instituto de Estudos Políticos. Madrid, 1976. v. II.

LAMY, Yves; BARBOSA, Pedro R. La Fonction de Directeur d'Hôpital. In: CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien*. Rennes. ENSP Éditeur, 1993.

LEMOS, Sheila Maria. Definição e Implementação de Objetivos nas Organizações Públicas de Saúde. *Revista de Administração Pública*, 28 (4): 38-64, 1994.

LEMOS, Sheyla. *O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza*. Tese (Mestrado) EBAP/ FGV, mimeo, 1993.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(5): 201-235, 1996.

MADEIRA, J. M. P. *Administração Pública Centralizada e Descentralizada*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2000.

MALIK, Ana Maria; VECINA NETO, Gonzalo. *Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde*. São Paulo: mimeo, 1991.

MALIK, Ana Maria; VECINA NETO, Gonzalo. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, p. 825-839, 2007.

MATUS, Carlos. *Adiós Señor Presidente*. Caracas: Pomaire/Ensayos. 1987b.

_____. *PES: Guia de Analisis Teorico*. Caracas: Fundación Altadir. mimeo, version junio/1994.

_____. *Política, Planificación y Gobierno*. Washington: Borrador, 1987c.

- _____. *Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones*. mimeo, [s.d.].
- _____. *Criando Organizações Eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995.
- _____. *El Metodo PES, La Reingenieria Publica Y La Teoria de las Conversaciones: trabas y problemas*. Colección Ciencias y técnicas de Gobierno. Bogotá: Fondo Editorial Altadir, 1994.
- _____. *La Planificación de Situaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- _____. *O Planejamento Estratégico Situacional – PES na prática*. Caracas: Fundação Altadir, mimeo, 1987a.
- _____. *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: Organização Panamenha de Saúde, 1994.
- _____. *Sistema de Acompanhamento e Monitoramento*. Venezuela: Fundação Altadir, mimeo, 1993.
- MENDES, Eugênio V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.
- MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.
- MINTZBERG, Henry. *Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press, 1989.
- MORDELET, P.; BRAGA NETO, F. C.; OLIVEIRA, S. G. L'autonomie de gestion. In: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.
- MORGAN, Gareth. *Images of Organizations*. 3. ed. USA: Sage Publications, Inc., 1991.
- MOTTA, Fernando C. Prestes. *Teorias da Administração: alcance, limites, perspectivas*. mimeo, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, Rio de Janeiro, out. 1990.
- MOTTA, Paulo Roberto. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. *RAP. Revista Brasileira de Administração Pública*. Edição Especial Comemorativa. Rio de Janeiro, p. 87-96, 1967-2007.

- _____. *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.
- _____. *Análisis gerencial de los Sistemas de Salud*. In: *OPS Publicación Científica*, n. 449, Washington, DC, USA, 1983.
- _____. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- _____. *Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise*. Síntese da palestra realizada na FUNDAP, São Paulo: mimeo, 1989.
- _____. *Modernização Administrativa: propostas alternativas para o estado latino-americano*. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):31-61, 1987.
- _____. *Transformação Organizacional: a Teoria e a Prática de Inovar*. Rio de Janeiro: Qualitymarked, 1997.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, v. 40, p. 73-78, 2006.
- PERROW, Charles. Goals in Complex Organizations. *American Sociological Review*, v. 26, n. 6, 1961.
- ROLLET, Christian. Le système Hospitalière Français. In: CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l’hôpital brésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.
- SALGADO, Valéria A. B. *Modelos de gestão: formas jurídico-institucionais da Administração pública. Conceitos e características principais*. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Outubro, 2007.
- SANTOS, L. *Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações*. Seminário III. Organização Social (OS). Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Fundação Estatal de Saúde. Apresentação de Trabalhos Técnicos. São Paulo: novembro, 2007. Disponível em: <http://www.cepam.sp.gov.br/arquivos/cicloseminarios/link_0011_cs4.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

- SANTOS, Lenir. *Contornos Jurídicos da Integralidade da Atenção à Saúde*. SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais. 1. ed. São Paulo – SP: Editora Hucitec, 2007.
- SCHOLTES, Peter R. *Times da Qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.
- SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.
- SCOTT, W. R. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall, 1981.
- SEARLE, John. *Speech Acts: an Essay in Philosophy of Language*. Cambridge: University Press, 1969.
- SHIER, Adriana da Costa. R. *A Participação Popular na Administração Pública: o Direito de Reclamação*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- SILVA, Roseli Monteiro da. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Dissertação (Mestrado). ENSP, Fiocruz, mimeo, Rio de Janeiro, 1994.
- _____. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: Uma Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Dissertação de Mestrado, Ensp, Fiocruz, mimeo, Rio de Janeiro, 1994.
- SILVERMAM, David. *The Theory of Organizations*. New York: Basic Books, 1971. p. 44-72.
- THOMPSON, James D. *Dinâmica Organizacional*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.
- _____. *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill, 1967.
- URIBE RIVERA, Francisco Javier. *A Comunicação e a Negociação Gerencial sob o Pano de Fundo das Organizações Profissionais de Saúde*. mimeo, ENSP, 1995.
- _____. *Comunicação e Gestão Organizacional por Compromissos*. Mimeo, ENSP, 1995.

_____. *Esboço de um Contraponto Teórico-Metodológico entre o Planejamento Estratégico Situacional – PES e o Controle de Qualidade Total – TQC*. Mimeo, ENSP, 1994.

_____. *Jurgen Habermas: razão comunicativa e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. ENSP/FIOCRUZ. Tese (Doutorado). versão revis., mimeo. 1995.

VECINA NETO, Formas Jurídicas das Organizações de Saúde. *Revista do GVsaúde* da FGV-EAESP, n. 7, p. 4-8, primeiro Semestre de 2009.

VECINA NETO, Gonzalo; BARBOSA, Pedro Ribeiro. *Estruturas Jurídico-institucionais e Modelos de Gestão para Hospitais e outros Serviços de Saúde*. 2006.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na Assistência Hospitalar. *In: Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, Abrasco, julho/agosto, 2007.

MINICURRÍCULO

Pedro Ribeiro Barbosa

Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestrado em Administração pela Fundação Getúlio Vargas e Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz. Atualmente é Vice-presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional e Diretor executivo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC. É professor, pesquisador e consultor da Fiocruz e atua nas áreas de Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde e Gestão da Inovação em Saúde.



Antônio Ivo de Carvalho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Especialização em Saúde Pública e Mestrado em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Foi Subsecretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é pesquisador e professor da Fiocruz e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos temas Conselhos de Saúde, Controle Social e Participação Social.

