O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas*

Sheyla Maria Lemos Lima**

Sumário: 1. Introdução. 2. As teorias organizacionais e a gestão das organizações hospitalares públicas; 3. As regras de responsabilidade e o sistema de gestão; 4. O contrato de gestão; 5. Considerações finais.
Palavras-chave: organizações hospitalares; teorias organizacionais; regras de responsabilidade; prestação de contas; contrato de gestão; modelos gerenciais.

A partir das teorias organizacionais, este artigo identifica as principais características das organizações hospitalares públicas, bem como os desafios a serem enfrentados para elevar sua eficiência e eficácia, tendo em vista subsidiar a conformação de modelos gerenciais que assegurem maior prestação de contas, interna e externa, sobre seus produtos e resultados.

The management contract and management models for public hospitals
Considering the organizational theories, this paper identifies the main characteristics of the public hospitals in Brazil and the challenges they will face to improve their efficiency and efficacy, in order to subsidize the proposition of management models that ensure more internal and external accountability of these hospitals' products and results.

1. Introdução

As organizações públicas de saúde, em particular os hospitais, encontram-se numa das mais profundas crises de sua história. Para tal, segundo Malik e Vecina Neto (1990), concorrem determinantes estruturais e organizacionais, além dos individuais. Determinantes estruturais estão relacionados à histórica fragilidade da política de saúde, hoje expressa nos entraves político-institucionais que se vêm apresentando para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inegavelmente, o SUS foi um dos principais avanços de ordem política e legal no campo da saúde. Entretanto, a realidade ainda está muito distante do preconizado nas formulações legais e oficiais. Entre a definição de valores e regras gerais de funcionamento da rede de serviços de saúde e sua real operacionalização, residem certamente grandes conflitos de interesses que só, ou principalmente, se manifestam quando da decisão se passa para a ação. É mais fácil alcançar concor-

* Artigo recebido em jul. e aceito em set. 1996. Este artigo foi extraído do projeto de doutorado da autora, aprovado na seleção do curso de doutorado em saúde pública (1996) da Escola Nacional de Saúde Pública.
** Tecnologista pleno do Núcleo de Administração de Serviços de Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde).

dância no nível das decisões gerais do que no nível das implementações específicas. Outra expressão da referida fragilidade é a pouca interação com as demais políticas sociais e com a política econômica, ou mesmo com a definição da agenda de prioridades governamentais, onde a política de saúde não vem tendo posição de destaque (Lima, 1994). Outra determinante da crise é a estrutura de financiamento, que não assegura a disponibilidade de recursos necessários para o funcionamento adequado do setor.

Segundo Malik e Vecina Neto (1990), os determinantes organizacionais são fortemente condicionados por aqueles estruturais. São citadas, no nível organizacional, a pouca clareza de objetivos, a falta de profissionalização dos gestores, a falta de capacitação e desenvolvimento de pessoal, a escassez de recursos financeiros e a insuficiência de planejamento e de padrões internos e externos de comparação entre serviços de mesmas características.

Alguns instrumentos gerenciais disponíveis poderiam ser introduzidos nestas organizações, os quais contribuiriam para maior racionalização na utilização dos recursos disponíveis (por exemplo, os métodos e técnicas de administração de materiais). De pouco adianta o repasse de maior quantidade de recursos se não houver uma adequada utilização dos mesmos. Dussault (1992) afirma que "o aumento de recursos não vai, de per si, elevar a eficácia e eficiência dos serviços. Maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços".

Outros determinantes estruturais, organizacionais e individuais serão citados no decorrer deste artigo. Como conseqüência mais imediata e evidente da crise, resultam uma baixa eficácia e eficiência[1] organizacionais (incapacidade de alcançar os resultados esperados e utilização inadequada dos recursos existentes). A reversão dessa situação é, sem dúvida, um grande desafio, quer pela complexidade do ambiente em que as organizações públicas de saúde se inserem, quer pelas características de seu processo de trabalho e de outros elementos que condicionam seu funcionamento (a serem ainda explorados).

Barbosa (1995a) ressalta que "as condições ambientais estão a indicar uma tendência à valorização de mecanismos mais competitivos no interior das próprias organizações públicas, quanto ao acesso de recursos". Segundo esse autor, insere-se nesse contexto a introdução do Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

---

[1] Serão utilizados os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade empregados por Maristela de André (1993):
"O conceito de eficiência está relacionado à capacidade de produção (garantida uma qualidade constante) de bens e serviços, com o uso, o mais racional possível, de um conjunto de insumos necessários a essa produção.
Eficácia é o grau em que as metas, entendidas como atributos mensuráveis de objetivos, para um dado período de tempo, foram efetivamente atingidas. Devem ser considerados tanto a extensão do cumprimento das metas programadas quanto o eventual desvio indesejável da execução de metas não programadas. Está também associada a idéia de qualidade dos processos produtivos.
Efetividade é o grau de satisfação das necessidades e dos desejos da sociedade pelos serviços prestados."

como mecanismo de repasse de recursos financeiros associado à produção hospitalar. Outra tendência por ele citada para aquelas organizações é a autonomia. No caso do setor da saúde, a descentralização é um dos princípios para a conformação do Sistema Único de Saúde, embora ainda não "adequadamente implementada". Por último, o autor identifica que as propostas apresentadas para a atual reforma constitucional da administração pública apontam para "modelos de maior autonomia das organizações estatais, com a contrapartida da centralização (...) expressa na lógica de cobrança de resultados" e no repasse de recursos com base no desempenho.

A referida reforma administrativa (Pereira, 1995a) propõe que os hospitais, assim como as universidades, os centros de pesquisa e os museus sejam considerados atividades não-exclusivas do Estado e deixem de ser propriedade estatal, adquirindo uma gestão com autonomia administrativa e financeira mais competitiva, mais eficiente, voltada para os resultados e para sua clientela. O contrato de gestão seria o instrumento que propiciaria a forma de relação dessas organizações, denominadas *organizações sociais* (organizações públicas não-estatais de direito privado), com a administração direta do Estado (com o núcleo estratégico composto pelo Legislativo, Judiciário, Presidência, cúpula dos ministérios e Ministério Público).

Indiscutivelmente há uma concordância sobre a necessidade de mudar, de encontrar formas mais apropriadas de gerenciar as organizações públicas de saúde, que possibilitem introduzir uma lógica de prestação de contas para seus usuários/financiadores (necessária, aliás, para toda administração pública nos seus três poderes), e que contribuam para elevar os níveis de eficiência, eficácia e efetividade dessas organizações.

Este artigo pretende, portanto, evidenciar as particularidades dessas organizações (processos de trabalho, ambiente, poder, estrutura e pessoas) e os desafios colocados para o seu gerenciamento, a partir da análise que as contribuições teóricas no campo das organizações em geral permite fazer; além disso, analisa, à luz do diagnóstico realizado, as possibilidades e limites de impacto de um instrumento gerencial — o contrato de gestão — nos desafios enunciados (que modificações permite introduzir) e, conseqüentemente, na construção de modelos gerenciais mais apropriados às organizações públicas de saúde, de forma a dotá-las não só de mais eficiência, mas também de eficácia e efetividade.

2. As teorias organizacionais e a gestão das organizações hospitalares públicas

O estoque de conhecimento existente relacionado ao estudo das organizações em geral é extremamente vasto. As organizações, como objeto de interesse das ciências sociais, constituem alvo de atenção de inúmeras áreas de conhecimento (sociologia, antropologia, psicologia, economia e ciências políticas). Diferentes áreas de conhecimento, quando observam o mesmo objeto, tendem a escolher de forma exclusiva, ou ao menos enfatizar, determinados aspectos daquele objeto, em detrimento de uma visão mais totalizante. No caso das teorias organizacionais, poder-se-ia dizer que cada uma delas constitui uma explicação, necessária

mas não suficiente, sobre o funcionamento das organizações. São lógicas distintas que se apresentam como parcialmente conflitivas, complementares e sobrepostas. Há entre elas uma permanente tensão e diálogo e, neste sentido, não devem ser compreendidas como verdadeiras ou falsas, já que uma não substitui a outra e nem a exclui. São ênfases diferentes sobre as diversas facetas organizacionais, e aí reside sua potencialidade explicativa. Esses diferentes olhares que se voltam para as organizações trazem à tona aspectos cruciais na compreensão do seu funcionamento, que podem enriquecer a capacidade de análise dos dirigentes e tornar a ação gerencial mais eficaz, uma das condições necessárias a um desempenho organizacional também mais eficaz (Motta, 1991).

Diferentes explicações da realidade ou das situações organizacionais trazem em si e dão suporte a diferentes ações. Dependendo do que é escolhido como problema a ser enfrentado na organização e de como ele é explicado, resultarão modelos distintos de intervenção ou diferentes modelos gerenciais. Um dado sistema de direção busca dar respostas ao que é considerado problemático na organização.

Seria possível dizer que cada perspectiva teórica enfatiza uma determinada dimensão organizacional (que considera problemática) a partir da qual explica o porquê do adequado/inadequado funcionamento da organização. Em função disto constrói um conjunto de prescrições[2] (algumas mais fortes e outras menos) sobre como gerenciar. Neste sentido, as teorias podem ser compreendidas como o suporte teórico de diferentes modelos gerenciais. Assim serão assumidas neste artigo.

Parte-se do pressuposto de que nenhuma das contribuições teóricas a serem abordadas dá conta, por si só, da complexidade organizacional. Perde-se a essência da organização quando se focaliza apenas um de seus aspectos. Conseqüentemente, outro pressuposto é a necessidade de se lançar mão de múltiplas percepções da realidade para tentar compreender as organizações hospitalares na sua totalidade possível, já que constituem fenômeno complexo, ambíguo e paradoxal, de difícil apreensão (Lima, 1994).

As organizações hospitalares apresentam algumas especificidades advindas das características de seu processo de trabalho e do ambiente em que se inserem, o que lhes confere a condição de serem consideradas como uma das mais complexas do mundo organizacional. Em particular, alguns autores as denominam de organizações profissionais, pela natureza do trabalho que lá se realiza (Mintzberg, 1989; Scott, 1981). Algumas dessas particularidades, entretanto, também podem ser consideradas a partir dos aportes trazidos pelas teorias organizacionais. Em síntese, as teorias organizacionais, embora elaboradas para dar respostas e com-

---

[2] Segundo Fernando Prestes Motta (1989) são consideradas abordagens prescritivas a administração científica (a qual é por ele sintetizada pelo pensamento de Frederic Taylor e Henri Fayol) e a escola de relações humanas; são abordagens explicativas, a comportamental, a sistêmica e a contingencial.

Neste artigo, diferentemente de Prestes Motta, considera-se que todas as contribuições teóricas no campo das organizações contêm, de forma mais ou menos explícita, alguma prescrição e explicação.

preender a dinâmica das organizações em geral, ajudam a identificar os desafios colocados para as organizações públicas de saúde, o que será explorado adiante.

Como ponto de partida, serão considerados quatro modos de ver e explicar as organizações. Estas visões serão aqui propositalmente denominadas perspectivas, para que denotem uma abrangência das abordagens tratadas. Não há a pretensão de explorar exaustivamente as diferentes escolas administrativas, mas sim agrupá-las segundo uma lógica onde predominem algumas ênfases semelhantes. Serão trabalhadas quatro categorias (ou dimensões) para agrupar as diferentes contribuições teóricas: as perspectivas racional, natural, política e perspectiva múltipla. Esta última engloba as anteriores e outras mais, numa tensão permanente (Lima, 1994).[3]

O que está sendo denominado perspectiva racional engloba as contribuições da administração científica e da abordagem anatômica, assim como da teoria da escolha racional. A perspectiva natural incorpora a escola de relações humanas e comportamental e a teoria sistêmica/contingencial. A perspectiva política trabalha com autores como Richard Scott (1981), Henry Mintzberg (1983 e 1989), e Morgan (1991), entre outros que comparam a organização a um sistema político. Por último, a perspectiva múltipla se caracteriza por reconhecer a necessidade de utilizar diferentes formas de ver e explicar a dinâmica organizacional (Scott, 1981; Astley & Van de Ven, 1983; Campos, 1981 e 1990; Mintzberg, 1989; Morgan, 1991; Lima, 1994; Matus, 1994; Rivera, 1995).

Cada uma dessas visões explica, a partir de sua ótica, os diferentes condicionantes do funcionamento das organizações, privilegiando uns em detrimento de outros. São considerados condicionantes: as *pessoas* que integram e executam o trabalho da organização; a *estrutura* que incorpora a divisão do trabalho e a coordenação e integração do trabalho dividido (inclui o processo de departamentalização e a definição dos mecanismos de coordenação — a hierarquia, com a conseqüente distribuição da autoridade formal, o sistema de comunicação e outros) para operacionalizar os objetivos organizacionais; a *tecnologia*,[4] compreendida como o processo de trabalho, ou seja, o conhecimento, as técnicas, os instrumentos e as ações que são utilizados para transformar insumos em produtos numa organização; os *objetivos*, entendidos como "estados futuros desejados" (Etzioni, 1984) que definem o escopo das ações organizacionais para dentro e para fora; o *poder*, compreendido como uma capacidade de influenciar que só ocorre numa relação social; e o *ambiente*, compreendido como fonte de insumos e receptor dos

---

[3] Esta classificação tem como base a utilizada por Lima (1994) que por sua vez está baseada na de Gareth Morgan (1991) quando considera as diferentes contribuições como metáforas. Para este autor as organizações podem ser compreendidas como "máquinas, organismos, culturas, sistemas políticos, prisões psíquicas, fluxos e transformações, instrumento de dominação" e outras mais passíveis de imaginação. Lemos utiliza quatro categorias para agrupar as contribuições teóricas: racional, natural, política e de integração. A última neste trabalho foi modificada para múltipla porque integração pressupõe uma complementação total e como já assinalado elas são parcialmente complementares, conflitivas e sobrepostas. Há um diálogo mas também há uma tensão entre elas.

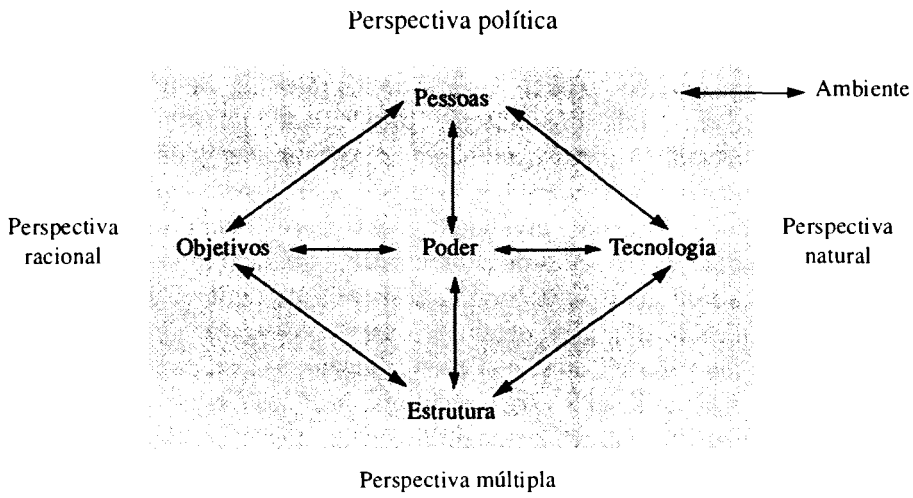
[4] Esta conceituação tem como base a utilizada por Richard Daft (1992).

produtos organizacionais, que incorpora tanto uma dimensão mais geral — os aspectos políticos, legais, demográficos, ecológicos, sociais, econômicos, tecnológicos, culturais etc. — quanto uma dimensão mais específica — os fornecedores, os clientes, os concorrentes, as agências regulamentadoras etc.[5]

Estes elementos — pessoas, estrutura, objetivos, tecnologia, poder e ambiente — sofrem um processo de mútuo condicionamento, embora possa-se dizer que há uns mais condicionantes e outros mais condicionados. Quaisquer modelos gerenciais buscam dar respostas para os problemas relacionados a esses elementos.

Cada uma das diferentes perspectivas organizacionais a serem abordadas olha para tais elementos e enfatiza alguns como a dimensão problemática da organização (a perspectiva múltipla consideraria todos, na medida em que incorpora as outras perspectivas). Na dependência do que é enfatizado e de como é explicado, resultarão diferentes formas de gerenciar (figura 1).

Figura 1
Elementos que interferem no funcionamento das organizações



Fonte: Adaptação das figuras de Richard Scott (1981:13) e Richard Daft (1992:181).

[5] Este modelo analítico tem por base dois outros: o utilizado por Richard Daft (1992:180), que, por sua vez, é uma adaptação do modelo de Jay R. Galbraith (1977) que considera dimensões organizacionais "o tamanho da organização, que se reflete na sua magnitude, no número de pessoas que nela trabalham; a tecnologia utilizada; o ambiente; os objetivos e estratégias; e a cultura organizacional, considerada como o conjunto de valores, crenças, compreensões e normas *compartilhadas pelos seus componentes*" (grifo nosso). O outro modelo é de Richard Scott (1981:13) que também adapta o de Howard Leavitt (1965:1.140-70), que considera elementos da organização os participantes, os objetivos, a tecnologia, a estrtutura social (normativa — o que deve ser, e comportamental — o que é) e o ambiente.

A organização e sua gestão segundo a perspectiva racional

Nesta perspectiva, a organização é vista como um instrumento desenhado segundo uma racionalidade instrumental,[6] para alcançar objetivos predeterminados. A ênfase está colocada nos objetivos e na estrutura organizacional. Suas bases visam a assegurar uma permanente avaliação do desempenho organizacional e estabelecer um adequado desenho do trabalho, imprimindo-lhe uma racionalidade instrumental nas ações que são desenvolvidas para alcançar os objetivos.

A primeira ênfase (base) observada expressa-se na busca sistemática da especificação dos objetivos organizacionais, imprimindo-lhes maior concretude, pois definições muito abrangentes de objetivos não permitem uma adequada avaliação de estarem ou não sendo alcançados. Essa formulação advém da teoria da escolha racional de Herbert Simon (1979). Para este autor, as organizações são estruturas de tomada de decisões. Constituem um fluxo contínuo de decisões, pois permanentemente enfrentam e resolvem problemas. Para cada problema enfrentado resulta um conjunto de decisões. A ênfase está no processo de decisão. As escolhas são feitas com base numa racionalidade (lógica) que seleciona alternativas. Apesar de reconhecer que esta racionalidade está constrangida pelas características e limitações humanas, Simon busca imprimir maior racionalidade instrumental ao processo de escolhas organizacionais através do que denominou de teoria de escolha racional. Estabelece, para tanto, uma seqüência de passos necessários para que as decisões ocorram da forma mais racional (instrumental) possível. Para ele, os objetivos, juntamente com a eficiência, são as principais premissas decisórias. Como os objetivos organizacionais estão geralmente associados a um sistema de valores, eles são apresentados de forma demasiadamente genérica, vaga e imprecisa.

Assim, Simon propõe que, a partir dos objetivos mais gerais, sejam identificadas as atividades necessárias para seu alcance. Estas, por sua vez, devem ser subdivididas em outras atividades necessárias à implementação das primeiras, e assim sucessivamente. A partir dos fins últimos é estabelecido um conjunto de meios para alcançá-los. Cada meio passa a ser um novo objetivo para o qual são identificados novos meios para alcançá-lo. Cada nível é um fim em relação ao nível inferior e um meio em relação ao nível superior. Este processo é pelo autor denominado de "cadeia de meios e fins", que, por sua vez, leva à definição de uma "hierarquia de fins" dentro da organização. Objetivos definidos de uma for-

---

[6] A racionalidade instrumental, funcional ou técnica é a razão que informa o conjunto de atos ou elementos que, articulados entre si, contribuem de forma eficiente para alcançar objetivos predefinidos. Racionalidade substancial ou substantiva é a razão que informa os atos intrinsecamente inteligentes do ser humano, aquilo que lhes atribui conteúdo e significado, que faz parte do domínio dos sentimentos e do entendimento subjetivo. Estas definições são de Guerreiro Ramos (1983), adaptadas dos conceitos de ação social de Max Weber e de racionalidade e irracionalidade de Karl Mannheim. Para Morgan (1991), além da ação racional e substantiva, há ainda a ação substancialmente racional que é a ação racional empreendida de forma reflexiva, com a consciência de que é apropriada. Racionalidade pode ser compreendida como uma lógica de ação (Karpik,1981), e, segundo Motta (1990), existem diferentes racionalidades em permanente tensão dentro das organizações.

ma mais específica num processo que perpassa a organização como um todo permitem o estabelecimento de mecanismos de avaliação sobre o seu alcance.

Uma vez os objetivos identificados de forma mais operacional, resta definir qual é a melhor forma de organizar o trabalho (segunda ênfase/base mencionada). Torna-se uma questão de engenharia organizacional, de "arrumação" do trabalho organizacional. A divisão, decomposição e simplificação do trabalho permite sua padronização. O trabalho é coordenado através do estabelecimento claro da hierarquia e das regras de funcionamento devidamente formalizadas (regras de comportamento explícitas, precisamente formuladas e conhecidas por todos, independentemente dos atributos individuais daqueles que ocupam posições na estrutura, além da definição e atribuição de tarefas e responsabilidades). A coordenação também ocorre através dos canais verticais de comunicação. Aos dirigentes cabe comandar, planejar, organizar, coordenar e controlar, e aos demais integrantes executar o trabalho. É pressuposto que os executores se adequam perfeitamente às tarefas predefinidas e que seu desempenho está condicionado por incentivos financeiros.

Desta perspectiva, segundo Morgan (1991) e Scott (1981), originam-se inúmeros instrumentos gerenciais amplamente utilizados: os de planejamento, programação, orçamentação, avaliação, e organização e métodos, a administração por objetivos etc.

Assim, segundo a perspectiva racional, uma organização está funcionando de forma inadequada se não tem clareza de seus objetivos e, conseqüentemente, de seus resultados esperados, não os avaliando sistematicamente; se não tem uma apropriada divisão e coordenação do trabalho a ser realizado; e se não utiliza de forma correta instrumentos racionalizadores (planejamento, orçamentação, avaliação etc.) do processo de trabalho. Para uma organização alcançar um desempenho satisfatório, é necessário introduzir uma lógica gerencial que enfatize: a definição e a especificação dos objetivos; o planejamento; a organização/divisão do trabalho, tendo em vista a sua padronização e eficiência; a coordenação, fundamentalmente através da hierarquia e da formalização,[7] o controle através da avaliação do alcance dos padrões estabelecidos; a seleção dos profissionais mais adequados ao desempenho de determinadas atividades; o treinamento, segundo os padrões estabelecidos, além de mecanismos de motivação que associem o incentivo financeiro à obtenção dos referidos padrões.

Olhar para as organizações públicas de saúde (hospitais) a partir dessa perspectiva permite concluir que há uma baixa racionalidade instrumental, manifestada na pouca preocupação com a eficiência. Essas organizações, por não estarem inseridas numa lógica de mercado e/ou pela pouca atenção das esferas locais e centrais com esta questão, têm tido sua sobrevivência assegurada independen-

---

[7] Formalização, como já apresentado no texto, é compreendida como o quanto as regras de comportamento a serem seguidas na organização estão precisamente formuladas, explicitadas e conhecidas por todos, independentemente dos atributos pessoais de quem ocupa posições na estrutura; inclui também a definição e atribuição das responsabilidades. Qualquer organização possui algum nível de formalização (Scott, 1981).

temente de serem ou não eficientes, mesmo com os recursos existentes sendo considerados insuficientes, o que lhes exigiria mais ainda uma melhor aplicação (Dussault, 1992). Seus diferentes sistemas ou processos de trabalho passíveis de algum tipo de padrão, rotina, norma e controle encontram-se defasados, se comparados ao que é preconizado na literatura ou, mesmo, utilizado por organizações de saúde mais preocupadas com a sua eficiência.

Operam com sistemas de administração de materiais pouco estruturados[8] (não apenas pelas dificuldades de operacionalizar as compras, pela irregularidade do repasse de recursos financeiros e pouca autonomia administrativa, mas também pela não-utilização dos instrumentos disponíveis de gestão de materiais) e com sistemas de informações inadequados sobre a produção hospitalar (até mesmo porque não utilizados como instrumentos de avaliação) e insuficientes (poucos conhecem o custo de suas atividades). São também precários ou inexistentes seus sistemas orçamentários-financeiros (mesmo quando têm autonomia financeira) e de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.

O principal mecanismo de coordenação do trabalho utilizado é a hierarquia, que se expressa na relação de mando superior/subordinado e nos vários níveis hierárquicos geralmente existentes. Há pouca clareza com relação aos seus objetivos e, conseqüentemente, pouco conhecimento sobre seus produtos, inclusive porque não há uma atenção sistemática com a avaliação do desempenho. A divisão de trabalho tem como regra a departamentalização funcional, que, por sua vez, não facilita a atribuição de responsabilidades em relação aos diferentes produtos hospitalares nem tampouco a integração e coordenação das diferentes atividades hospitalares.[9] Neste sentido, Campos (1990) preconiza uma reorganização do processo de trabalho nos

---

[8] Outro importante problema por vezes existente nessa área é a corrupção, que, associada à impunidade, favorece a má utilização da "coisa pública". Sabe-se que a solução dos problemas nessa área não se dará apenas por intervenções no campo técnico. São necessárias iniciativas que tenham impacto no campo ético-político-social. Entretanto, supõe-se que uma melhor estruturação técnica da área, além de minimizar a possibilidade de interrupção do processo produtivo hospitalar, poderá ajudar na identificação e controle da própria corrupção.

[9] Chiavenato (1976) considera que a departamentalização (forma de dividir e agrupar o trabalho dividido) funcional, que agrupa as atividades de acordo com as funções principais/conhecimento comum, é mais indicada para circunstâncias estáveis e de pouca mudança, e para tarefas rotineiras, e para empresas com poucas linhas de produtos ou serviços que permaneçam inalteradas no tempo; é contra-indicada quando há uma grande necessidade de cooperação interdepartamental, quando a tecnologia e o ambiente são mutáveis e imprevisíveis e quando há necessidade de adaptação e flexibilidade. Já a departamentalização por produtos enfatiza os diferentes produtos organizacionais como o principal critério para a divisão de trabalho na organização; é indicada quando se quer fixar a responsabilidade dos gerentes sobre um produto ou linha de produção, quando o gerente e sua unidade são avaliados pelo sucesso do produto, quando se deseja alcançar uma intensa coordenação interdepartamental, quando a inovação, a cooperação e a comunicação são necessárias, quando as condições ambientais são instáveis e mutáveis, exigindo maior cooperação e comunicação e quando há necessidade de maior flexibilidade. As desvantagens apresentadas pelo autor são: a geração de um clima interno de maior ansiedade e a dispersão dos especialistas (ao contrário do que acontece na departamentalização funcional). É contra-indicada para ambientes externos estáveis. Como será apresentado na perspectiva natural, a análise do ambiente e da tecnologia das organizações públicas de saúde aponta a departamentalização por produto como mais apropriada para a divisão do trabalho nessas organizações.

hospitais e outros serviços de saúde, onde seja rompida a lógica de departamentalização funcional (acabar com a divisão médica, divisão de enfermagem, serviço de psicologia, serviço social etc.). Propõe, em contrapartida, que a divisão do trabalho tenha como base os diferentes processos de produção e produtos existentes nessas organizações. A cada serviço criado na estrutura deve corresponder um produto claramente identificável e necessário ao alcance dos objetivos gerais da unidade de saúde, reunindo, para tanto, os profissionais necessários à sua operacionalização, estimulando, assim, a formação de equipes multidisciplinares (Lima, 1994).

Ou seja, as organizações públicas hospitalares apresentam uma dimensão racional inadequadamente valorizada. Tomaram da perspectiva racional aquilo que lhes é menos apropriado — a divisão funcional do trabalho, a ênfase na especialização, no elevado número de níveis hierárquicos, na comunicação vertical e na formalização — e deixaram de lado o que qualquer organização precisa ter: a permanente preocupação com a (re)definição de seus objetivos e resultados, com sua avaliação sistemática e com a padronização dos processos de trabalho passíveis de maior normatização, além de buscar imprimir eficiência às ações desenvolvidas.

A organização e sua gestão segundo a perspectiva natural

Nesta perspectiva, a organização é considerada um organismo vivo e, como tal, constitui um sistema composto por vários subsistemas, que, por sua vez, estão inseridos num sistema maior. A sobrevivência do sistema/organização depende das trocas estabelecidas entre seus subsistemas e também com o ambiente.

A ênfase agora desloca-se para as pessoas, para a tecnologia e para o ambiente, analisados a partir de uma visão sistêmica. É reconhecido que não apenas a especificação dos objetivos e um arranjo organizacional mais eficiente são suficientes para um adequado desempenho organizacional.

As pessoas são consideradas não mais como peças adaptáveis de uma máquina, mas como seres complexos que têm necessidades também complexas que precisam ser satisfeitas para assegurar o bom desempenho organizacional. As novas idéias colocadas são: para que as organizações tenham um melhor desempenho, as pessoas responsáveis pelo trabalho precisam ter suas necessidades satisfeitas; é preciso buscar maior integração entre as necessidades individuais e organizacionais; as pessoas são recursos valiosos que podem enriquecer o trabalho de diferentes formas, desde que lhes dadas oportunidades adequadas; e as organizações comportam uma dimensão formal e informal.[10] O reconhecimento

[10] Organização informal refere-se ao conjunto de interações que são estabelecidas espontaneamente entre as pessoas no local de trabalho, não previstas nas regras, regulamentos e atribuições definidas. Como já mencionado, segundo Scott (1981), nas organizações há uma dupla estrutura: uma normativa que se refere ao que deve ser — formal; outra, comportamental que se refere ao que de fato é — informal; elas nunca são completamente idênticas e harmônicas, nem díspares e caóticas; estão inter-relacionadas numa tensão permanente.

da existência destas necessidades complexas amplia o conceito de motivação (não mais restrito apenas aos incentivos financeiros). Em vez de tarefas mecânicas e repetitivas, é necessário criar tarefas mais desafiadoras e enriquecidas, que permitam a apreensão de novos conhecimentos, propiciando, assim, maior motivação para o trabalho. Novos valores passam a ser estimulados, como o autocontrole, a auto-avaliação, a criatividade, a responsabilização, a autonomia, a liderança e a participação, entre outros. Segundo esta ênfase, um desempenho organizacional inadequado está explicado por um tratamento inadequado, por parte da organização, dos profissionais que lá trabalham. Gerenciar é lidar com as pessoas, saber motivá-las, identificar e interagir com as manifestações da organização informal, particularmente a formação de grupos e o surgimento de lideranças.

A visão sistêmica, como método de análise, propicia conceber a organização como um conjunto de subsistemas em operação, inseridos num sistema maior; chama a atenção para a importância das interações, das interdependências/relações de troca existentes e necessárias entre os subsistemas organizacionais e o seu ambiente. Nenhuma organização é completamente autônoma e auto-suficiente, pois depende das relações que se estabeleçam com sistemas mais amplos nos quais se inserem.

Segundo Morgan (1991), a organização pode ser considerada como "um conjunto de subsistemas em interação (...) chamando a atenção para as diferentes variáveis que influenciam o seu funcionamento, fornecendo, assim, um instrumento útil de diagnóstico". Como exemplo, cita o subsistema gerencial resultante da interseção existente entre outros subsistemas organizacionais: estratégico, tecnológico, estrutural e humano-cultural. O subsistema gerencial processa os diferentes insumos necessários ao processo de produção, transformando-os em bens e serviços — resultados organizacionais —, de forma eficiente e eficaz, assegurando a disponibilidade futura de recursos e a operação do sistema. O ambiente é considerado como um *supra-sistema* onde a organização se insere. É uma outra maneira de trabalhar os já citados elementos/condicionantes do funcionamento das organizações: objetivos, tecnologia, estrutura, pessoas (aqui associadas à cultura) e ambiente.

São várias as possibilidades de pensar a organização a partir da lógica sistêmica. As organizações hospitalares podem ser vistas como subsistemas inseridos dentro de um sistema maior: o sistema de saúde. Por sua vez, cada organização pode ser considerada como um sistema composto por vários subsistemas que se interpenetram e que são altamente interdependentes: o de gestão de materiais, o de gestão orçamentário-financeira, o de recursos humanos, o de gestão da manutenção, o de gestão da atenção etc. Da interseção de todos eles resulta o sistema de gestão responsável por assegurar, com eficiência e eficácia, o fornecimento dos produtos hospitalares. A interdependência e as inter-relações dos diferentes subsistemas integrantes de um sistema são categorias centrais para a compreensão da necessária complementaridade entre as diversas organizações que inte-

gram um sistema de saúde, ressaltando o quanto a atual rede de serviços se encontra atomizada, desarticulada e desintegrada.

A visão sistêmica remete para as outras ênfases apontadas pela perspectiva natural: a análise mais detalhada das características do ambiente e do processo de trabalho da organização.

Segundo Scott (1981), do ponto de vista do ambiente importa considerar as seguintes características:

a) se é simples ou complexo — relacionada com a quantidade de elementos no ambiente que são importantes para as operações organizacionais, considerando-se quer a variedade de insumos necessários, quer a multiplicidade das relações que precisam ser estabelecidas;

b) se é estável ou instável — relacionada com a velocidade de mudança, quer dos insumos utilizados, quer das relações estabelecidas;

c) o grau de interligação ou de isolamento da organização em relação a outras organizações;

d) o grau de coordenação e estruturação das relações da organização com outras organizações.

Ambientes complexos, instáveis, que exigem muitas interligações com outras organizações, e que tenham baixa coordenação e estruturação entre estas relações, trazem grande incerteza para a organização. Tais particularidades ambientais impõem à organização uma dada forma de estruturar o trabalho e de gerenciá-lo, que se caracteriza por uma maior flexibilidade dos arranjos organizacionais para lidar adequadamente com as incertezas trazidas pelo ambiente. Tal flexibilidade é traduzida num menor número de níveis hierárquicos, em menor formalização e previsão das tarefas, e em maior descentralização e intensidade de comunicação (em particular, a lateral).

Em contrapartida, ambientes mais simples, mais estáveis, que exigem menos interligações com outras organizações e tenham uma estruturação e coordenação adequadas dessas interligações, trazem menos incerteza à organização. Nestas circunstâncias, as organizações podem ser gerenciadas de uma forma mais rígida, mais padronizada e formalizada, utilizando-se de mecanismos menos sofisticados de coordenação do trabalho, como a hierarquia, a formalização, a comunicação vertical e a centralização das decisões.

Essas características conformam dois tipos de organizações "ideais" (não encontradas na realidade na sua totalidade): as orgânicas e as mecanicistas (Burns & Stalken, 1961). Lawrence e Lorsch (1973), por sua vez, introduzem a compreensão que uma mesma organização pode comportar trabalhos mais mecanicistas e outros mais orgânicos, exigindo, assim, dentro da mesma organização, não apenas formas diferentes de estruturar o trabalho, mas principalmente de gerenciá-lo.

Segundo Scott (1981), do ponto de vista da tecnologia empregada, importa considerar as seguintes variáveis:

a) se ela é simples ou complexa — número de itens que simultaneamente são tratados no processo de produção;

b) se ela é incerta e imprevisível ou certa e previsível — variabilidade dos diferentes itens que fazem parte do processo de produção, ou, dito de outra forma, o quanto é possível predizer o comportamento dos itens;

c) o grau de interdependência — o quanto os itens ou as etapas do processo de produção estão inter-relacionados, de forma que a mudança de um afete o outro.

Esta interdependência é classificada em três categorias:

a) reunida/associada — quando o trabalho de cada parte se relaciona apenas no que cada elemento contribui para o objetivo final; aqui a coordenação do trabalho pode se dar através das regras, das rotinas e da formalização;

b) seqüencial — quando há uma dependência no tempo, onde algumas atividades precisam ser desenvolvidas antes de outras; aqui, a coordenação do trabalho pode ser feita através dos fluxogramas de processo de trabalho, com especificação de ordem e tempo;

c) recíproca — quando há um alto grau de inter-relação dos elementos ou etapas do processo de produção, onde cada elemento pode ser simultaneamente insumo e produto; aqui a coordenação do trabalho é realizada através do ajustamento mútuo (comunicação informal entre os integrantes do mesmo processo) e da comunicação intensiva; ou seja, exige-se mais criatividade e sofisticação nos mecanismos de coordenação do trabalho; organizações que possuem processos de trabalho com interdependência recíproca têm também processo com as formas reunida e seqüencial.

Processos de trabalho mais simples, mais certos e previsíveis, com menor interdependência, podem ser gerenciados de forma mais mecanicista. Já processos mais complexos, mais incertos e imprevisíveis e com maior interdependência exigem uma forma mais orgânica de gerenciá-los. Processos de trabalho com estas características tendem a gerar problemas que também são complexos e interdependentes, cuja solução exige um fluxo intenso de comunicação, pouca formalização (não há respostas prontas) e mais descentralização (os problemas devem ser enfrentados nos níveis onde são gerados). As organizações podem ter processos mais mecanicistas e outros mais orgânicos simultaneamente, o que lhes confere a condição de ser muito ou pouco diferenciadas e de necessitar de maior ou menor integração (Lawrence & Lorsch, 1973).

Portanto, por esta perspectiva, uma organização está funcionando inadequadamente se não estão sendo devidamente consideradas as características de seu processo de trabalho e de seu ambiente. Gerenciar é observar as características do ambiente em que a organização se insere e as particularidades de seu processo de trabalho, e, a partir daí, definir qual a maneira mais apropriada de estruturar e gerenciar a organização como um todo, ou mesmo os seus diferentes processos de produção (quadro 1). É possível ter simultaneamente numa mesma organização formas mais mecanicistas e outras mais orgânicas.

Formas mais mecanicistas apresentam características derivadas e preconizadas pela perspectiva racional (administração científica de Taylor e abordagem anatômica de Fayol). As orgânicas têm como fonte de inspiração as contribuições da perspectiva natural (escolas de relações humanas e comportamental).

Quadro 1
Formas de gerenciar e estruturar o trabalho segundo as características ambientais e tecnológicas

Forma	Características
Orgânica: flexibilidade; poucos níveis hierárquicos; poucas regras; informalidade; descentralização; comunicação horizontal e intensiva; departamentalização por produto; mecanismos mais sofisticados de integração e coordenação.	*Ambientais:* complexidade; instabilidade; interligações diversas; baixa estruturação e formalização; maior incerteza. *Tecnológicas:* complexidade; incerteza/ imprevisibilidade; interdependência elevada.
Mecanicista: rigidez; muitos níveis hierárquicos; muitas regras; formalidade; centralização; comunicação vertical; departamentalização funcional; mecanismos menos sofisticados de integração e coordenação.	*Ambientais:* simplicidade; estabilidade; poucas interligações; estruturação elevada; maior certeza. *Tecnológicas:* simplicidade; certeza/ previsibilidade; interdependência baixa.

Nesta perspectiva de análise, as organizações públicas de saúde podem ser consideradas como empresas de multiprodutos, ou seja, comportam diferentes processos produtivos cujos produtos são combinados para a operacionalização de seu principal processo de produção: diagnosticar e tratar o paciente. Há processos que apresentam características mais mecanicistas, como os de produção dos serviços de cozinha, de lavanderia, de laboratório e de esterilização e outros com características mais orgânicas, como os relativos à atenção direta ao paciente, envolvendo a relação profissional/paciente. As organizações públicas de saúde apresentam elevada diferenciação e, portanto, exigem mecanismos mais intensos de integração.

Outras importantes características desses processos são: a complexidade conferida pelos inúmeros elementos/itens utilizados e a instabilidade, particularmente pela baixa possibilidade de previsão do comportamento daquele com o qual ocor-

re toda a interação: o paciente (sua interação com os demais insumos, medicamentos, relação profissional/paciente não é passível de previsão como a de outros processos, tais como o realizado nos serviços de lavanderia, de laboratório etc.). Mais uma particularidade consiste na interdependência elevada (recíproca, seqüencial e reunida/associada) daqueles processos. Cada elemento pode ser simultaneamente produto e insumo. Há uma seqüência temporal entre eles (o exame só é realizado se há uma solicitação anterior derivada de um processo de atenção); e cada processo produtivo realizado, com a qualidade e no tempo necessário, contribui para o principal processo, diagnosticar e tratar o paciente. A refeição produzida e o exame realizado, produtos dos serviços de cozinha e de laboratório, são também insumos para outro processo de produção hospitalar, o da atenção na internação. Qualquer alteração e interrupção num dado processo produtivo tem repercussões imediatas em outro. Se não há roupa lavada e esterelizada, não há cirurgia. Se o laboratório não produz, em tempo adequado ou em qualidade apropriada, os exames solicitados, os processos de atenção no ambulatório, emergência e internação também não acontecem nos tempos necessários ou com a qualidade exigida. Se o setor de abastecimento não dá conta de atender às demandas de seus usuários, os diferentes processos produtivos são interrompidos.

Em função dessas características dos processo(s) produtivo(s) da organização de saúde, está intrinsecamente colocada a necessidade de utilização de diversos mecanismos de coordenação do trabalho, de modo a permitir o enfrentamento dos problemas nos níveis operacionais onde são gerados também de forma interdependente (problemas que surjam no setor de internação podem ter causas não apenas no âmbito do processo que ali é realizado, mas na interseção com outros que fortemente se relacionam com este). Entre esses mecanismos, destaca-se a necessidade de um fluxo intenso de comunicações (dada a interdependência elevada), maior descentralização e flexibilidade.

Entretanto, os mecanismos de coordenação mais utilizados nessas organizações, tanto para os processos mais mecanicistas quanto para os mais orgânicos (para os últimos, o ajustamento mútuo também ocorre), residem na formalização, na centralização e na relação superior/subordinado, as quais, embora necessárias, não são suficientes.

Ainda considerando os subsistemas internos das organizações de saúde, os instrumentos de gestão de recursos humanos são insuficientes, quando não inexistentes. Não dão conta de enfrentar as distorções identificadas por Junqueira e Inojosa (1992), tais como: o corporativismo, a participação simultânea nos setores público e privado, o não-cumprimento da carga horária contratual, o descompromisso com o paciente e com os resultados e impacto das ações de saúde, e a desigualdade de remuneração e de carga horária para funções iguais. Há pouca autonomia em relação às sanções de maneira geral, pouca preocupação com a construção de uma forma de trabalhar na organização que propicie seus integrantes se sentirem mais valorizados, mais responsáveis, mais capazes e com possibilidade de adquirir novos conhecimentos e habilidades.

Em relação ao ambiente em que estas organizações se inserem, é possível dizer que ele tende a ser complexo, dada a diversidade de seus produtos (alguns, inclusive, não específicos do setor saúde) e dos insumos necessários à sua operacionalização. São diversas as inter-relações estabelecidas neste ambiente, quer com órgãos regulamentadores, financiadores, legisladores e profissionais, quer com outras organizações de saúde, quer com fornecedores, ou mesmo com sua clientela e seus órgãos vinculados.

Outra dimensão do ambiente a ser analisada é sua estabilidade/instabilidade. Do ponto de vista epidemiológico, Marques (1995) aponta que as doenças infecciosas emergentes e reemergentes colocam os sistemas de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento frente a grandes incertezas e riscos; considerando o desenvolvimento tecnológico, embora em algumas áreas a velocidade de incorporação de novas tecnologias (técnicas, conhecimentos, instrumentos, habilidades) possa ser maior do que em outras, no geral pode-se dizer que há uma tendência a maior estabilidade. Daft (1992) considera estável o ambiente dos hospitais. Entretanto, ao considerar-se as particularidades da administração pública, tais como a instabilidade, a descontinuidade, a intermitência, a indefinição, a incongruência, a distorção e a não-responsabilização em relação aos objetivos, e o elevado grau de centralização (Lima, 1994), pode-se dizer que estes condicionantes conferem grande instabilidade e incerteza às organizações hospitalares públicas, já que elas são fortemente dependentes deste segmento do ambiente. Outros fatores a contribuir para a incerteza são: a existência de inúmeras interligações que precisam ser realizadas com outras organizações do ambiente (só para começar, com as outras organizações de saúde, que deveriam compor uma rede única de serviços de saúde com definições de papéis, referência e contra-referência etc.), o grau de desestruturação existente entre essas relações e a própria complexidade do quadro epidemiológico a ser enfrentado por essas organizações.

Em síntese, embora a literatura considere haver uma tendência à estabilidade ambiental para as organizações de saúde, pode-se dizer que as organizações hospitalares públicas brasileiras tendem a enfrentar razoável instabilidade em seu ambiente, tendo em vista as características da administração pública. Além disso, este ambiente tende a ser complexo, pois são várias as relações que nele precisam ser estabelecidas com outras organizações do setor de saúde e fora dele, e estas ligações têm um baixo nível de coordenação e estruturação. Todas estas características ambientais formam um quadro de razoável incerteza para as organizações hospitalares públicas.

A organização e sua gestão segundo a perspectiva política

Nesta perspectiva, a organização é considerada um sistema político. Os interesses, os conflitos e o poder são categorias centrais de análise a partir das quais a organização é compreendida (Morgan, 1991).

Parte-se da compreensão de que os seres humanos são significativamente motivados. As pessoas olham e interpretam as diferentes situações organizacionais atribuindo-lhes significados a partir de seus interesses,[11] aqui compreendidos como um conjunto de expectativas, experiências e valores pertencentes a um indivíduo num dado contexto. Tais interesses variam entre as pessoas e podem variar para uma mesma pessoa, na dependência das interações que sejam estabelecidas em contextos diversos. A ação dos indivíduos é derivada das escolhas que faz, a partir de sua interpretação de uma dada situação ou problema organizacional, a qual é baseada nos seus interesses. Portanto, a ação tem como base os interesses. Há uma diversidade de interesses convivendo numa organização; conseqüentemente, há também uma potencialidade para a geração de conflitos. Estes são enfrentados de uma forma política,[12] que poderá ser mais democrática ou autocrática, na dependência das relações de poder prevalentes.

Esta compreensão coloca em questão alguns mitos e valores: a organização não é apenas um sistema cooperativo, é também um sistema competitivo (dos diferentes interesses colocados); não existe uma única e neutra racionalidade organizacional, haverá tantas racionalidades quantos interesses houver; os conflitos fazem parte da vida organizacional; a organização tem uma vida política que não deve ser vista como uma disfunção, um tabu, ou como algo opcional, e sim como inerente à dinâmica da organização (Morgan, 1991; Motta, 1990).

Outra importante categoria de análise é o poder, aqui compreendido a partir de duas dimensões básicas: a relacional e a de dependência. Com base na formulação de Dahl (1957), "*A* tem poder sobre *B* na medida em que faz com que *B* faça alguma coisa que não faria de outro modo". Ou seja, o poder é visto numa interação social. Não é uma característica possuída por alguém fora de algum contexto ou situação, mas inerente às relações sociais. Quando se fala em poder, implicitamente está colocada a pergunta: sobre quem? A outra dimensão a ser considerada refere-se à dependência. Scott (1981) utiliza-se da formulação de Emerson (1962), "o poder de *A* sobre *B* é baseado na dependência de *B* em relação a *A*". Tal dependência é diretamente proporcional ao valor/importância que *B* dá aos recursos controlados por *A*, e inversamente proporcional à disponibilidade destes recursos fora da relação *A/B*. Segundo Scott (1981), o poder não é visto como uma capacidade generalizada, mas como função de necessidades e recursos específicos que podem variar de um padrão de troca para outro. A disponibi-

---

[11] Segundo Morgan (1991), interesses relacionam-se a "um conjunto complexo de predisposições que envolve objetivos, valores, desejos, expectativas e outras orientações e inclinações que levam uma pessoa a agir em uma direção preferencialmente a outra".

[12] Segundo Morgan (1991), o significado original da noção de política está associado ao reconhecimento da existência de interesses divergentes na sociedade e da conseqüente necessidade de a própria sociedade encontrar meios que permitam reconciliar essas diferenças, tais como a negociação, a fim de que ela própria não se imponha o risco da autodestruição. Aristóteles, na Grécia antiga, já advogava a política como a forma de gerar uma ordem social na diversidade, evitando simultaneamente a constituição de governos totalitários.

lidade de fontes alternativas de recursos remete à análise das relações de poder não apenas para a relação entre *A* e *B*, mas para fora dela, para uma rede de relações que circunda a relação entre *A* e *B*. Segundo Georgiou (1981), o poder é considerado "situacional e volátil" só podendo ser localizado "nas relações concretas de troca".

A dependência existe quando os resultados de um ator são conseqüência não apenas de seu comportamento, mas também do comportamento de outros atores (o que fazem em resposta ou simultaneamente). Para Scott (1981), a compreensão do poder como uma relação social de dependência coloca a possibilidade da existência de uma mútua dependência (as relações de poder podem ser recíprocas). Se há uma interdependência, é possível que dois atores ganhem poder simultaneamente um sobre o outro, pelo aumento de sua interdependência. A noção de dependência mútua pressupõe que diferentes atores organizacionais podem controlar recursos diversos e que tais recursos constituem fonte ou base de poder. Segundo Morgan (1991), são compreendidos como fontes de poder: a informação, o conhecimento técnico, a autoridade formal, o controle do processo produtivo, a formação de alianças/coalizões, a detenção/controle dos recursos financeiros, a habilidade de lidar com sucesso com a incerteza etc.[13]

Se o poder origina-se em diferentes fontes, ele pode estar disperso na organização. Segundo Thompson (1967), citado por Scott (1981), em processos de trabalho mais complexos, mais instáveis e mais interdependentes, constituem-se mais bases de poder interno. De igual maneira, ambientes mais complexos, mais instáveis e mais incertos também originam mais bases de poder externo. O reconhecimento da dispersão do poder coloca a necessidade de buscar-se mecanismos de aglutinação de poder. Mintzberg (1983) salienta que a ausência prolongada de um foco de poder na organização propicia a difusão de um estado de intensos conflitos, o que dificulta imprimir um rumo à organização, deixando-a à deriva. A formação de coalizões[14] aparece como uma estratégia de aglutinar e desenvolver interesses comuns em torno da organização, em seus ambientes interno e externo. Quanto mais bases de poder houver dentro e fora da organização, mais ampla é a coalizão dominante. As coalizões constituem espaços privilegiados de negociação e barganha entre os atores organizacionais e os do ambiente, nos quais ocorre a interação de pontos de vista por vezes divergentes na perspec-

---

[13] Scott (1981), citando Hickson et alii (1971), faz considerações interessantes que ajudam a analisar as relações de poder nas organizações de saúde, em particular as que envolvem os profissionais médicos. O autor associa o poder organizacional a três condições: lidar com sucesso com as incertezas, menor possibilidade de substituição no processo de produção, e centralidade do trabalho para a organização. A centralidade é compreendida segundo duas dimensões: o quanto um fluxo de trabalho está conectado com outros fluxos de trabalho e a rapidez e a severidade com que alterações nesse fluxo de trabalho afetam os resultados finais da organização. Têm mais poder na organização aqueles que lidam com sucesso com as incertezas, que têm mais centralidade e cujo trabalho é mais difícil de ser substituído.

[14] Sobre a formação de coalizões ver Lima (1994), que sintetiza as formulações de Mintzberg (1989), Scott (1981) e outros sobre o tema.

tiva de construção de um novo entendimento comum e/ou de alcançar resultados favoráveis para todos (mesmo não sendo iguais). Neste pacto, os compromissos são estabelecidos e é assegurado o poder necessário para implementação das decisões da coalizão. Mintzberg (1983) chama a atenção para a formação da coalizão interna, pois "este é o coração do sistema de poder organizacional".

Nesta perspectiva, o funcionamento inadequado da organização reside na desconsideração das características das relações de poder internas e externas, da potencialidade dos conflitos e da diversidade de interesses. Gerenciar é, portanto, estar atento a estas dimensões, em particular buscar estabelecer mecanismos que possibilitem a participação e a negociação dos interesses existentes e que viabilizem o estabelecimento de compromissos, propiciando, assim, a acumulação de forças internas e externas necessária à implementação das decisões.

A análise das organizações públicas de saúde e de seu ambiente, realizada por esta perspectiva, evidencia a importância da identificação das relações de poder prevalentes, permitindo compreender melhor a razão de algumas das chamadas "irracionalidades" que ocorrem nessas organizações e no ambiente em que se inserem.

Do ponto de vista externo, o poder tende à dispersão. A rede de serviços é constituída de múltiplos poderes: federal, estadual e municipal. Pode-se dizer que mesmo nos municípios onde a rede está municipalizada, o poder continua compartido, pois a maior parte dos recursos financeiros para o custeio advém do nível federal.

Internamente, a dispersão de poder também é considerável. Os dirigentes dessas organizações não têm, por vezes, autonomia administrativo-financeira e muito menos para administrar pessoal. Sem dúvida, eles têm outras fontes de poder. Há o poder formal, derivado do cargo que exercem. Também acumulam poder pela negociação e arbitragem dos conflitos internos; pela barganha de recursos para a organização, pois eles fazem a interface com o ambiente externo (níveis de governo e outras organizações); e pela aglutinação e articulação de coalizões em torno da organização. Nem sempre estas outras fontes de poder são devidamente utilizadas, em particular a de ser o articulador/negociador privilegiado de coalizões, especialmente as internas. A formação de uma coalizão interna nestas organizações, com a participação e condução de seus dirigentes, tem particular importância em razão do poder que os profissionais médicos detêm. Seu trabalho tem uma centralidade na organização; sem ele, o principal processo de trabalho, diagnosticar e tratar o paciente, não ocorre. Qualquer interrupção do trabalho médico tem impacto nos demais fluxos de trabalho e, principalmente, na obtenção dos resultados finais da organização. Além disso, a possibilidade de substituição desses profissionais, em particular dos que já passaram por um longo processo de treinamento e desenvolvimento de habilidades bastante especializadas, é difícil.

Outros segmentos das organizações hospitalares também detêm poder. Os recursos de poder são diversos e estão distribuídos; há uma interdependência elevada dos diferentes trabalhos (inclusive não-médicos), que leva à interdependên-

cia dos atores. Os resultados do trabalho de uns dependem do que outros fazem. São, portanto, muitas as bases de poder externas e internas, e sua aglutinação é, por vezes, insuficiente, de forma que essas organizações tendem a ficar à deriva. Portanto, seus dirigentes têm papel fundamental na articulação dos diferentes interesses e forças existentes, internas e externas, para assegurar direcionalidade às organizações, assim como a operacionalização de seus produtos.

A organização e sua gestão segundo a perspectiva múltipla

Vários são os autores que trabalham com uma perspectiva múltipla ao analisar as organizações. Reconhecem que a realidade organizacional é mais bem apreendida através da confrontação e/ou interação das diferentes explicações existentes (Motta, 1991; Morgan, 1991; Motta, 1990; Scott, 1981; Mintzberg, 1989; Astley & Van de Ven, 1983; Campos, 1983 e 1990; Lima, 1994; Matus, 1994; Rivera, 1995).

Segundo Lima (1994), os Astley e Van de Ven (1983) abordam as contribuições teóricas no campo das organizações a partir de uma visão dialética. Consideram que diferentes teorias contribuem com quadros diversos sobre o mesmo fenômeno organizacional, sem que um anule o outro. Uma só questão pode apresentar aspectos opostos e contraditórios. Esses autores defendem uma utilização das diferentes contribuições teóricas, ressaltando, entretanto, a necessidade de preservação das especificidades de cada uma delas. Para eles, a "reconciliação dialética escapa da visão exclusiva".

As organizacões são, para os referidos autores, simultaneamente um sistema técnico, racional, funcional e político, onde "a ação individual é sempre, em alguma medida, controlada para evitar a total desintegração do sistema. Mas o sistema nunca é totalmente integrado nem perfeitamente coeso". Há, portanto, uma coesão e integração suficientes para evitar a destruição, alcançada à custa da "supressão parcial do antagonismo interno"(Astley & Van de Ven, 1983).

Para analisar as organizações, Astley e Van de Ven utilizam-se da metáfora do jogo de Michel Crozier e Erhard Friedberg (1980), para quem as complexas tensões internas existentes na organização são equilibradas e gerenciadas entre os integrantes como se estivessem num jogo. Regras são ou foram estabelecidas para o jogo acontecer. Várias estratégias são possíveis, e algumas podem até ser quebradas/modificadas num dado limite que, uma vez ultrapassado, descaracteriza completamente o jogo. Portanto, o jogador, se deseja ganhar, embora livre para definir suas estratégias, precisa estabelecê-las em consonância com as regras preexistentes. Desconsiderá-las não é do interesse de cada jogador em particular (Lima, 1994).

Há, assim, no jogo organizacional, uma racionalidade técnica previamente estabelecida, uma racionalidade funcional assegurando a manutenção e sobrevivência do jogo e uma racionalidade política, onde cada jogador, ativa e intencionalmente, define suas estratégias, porém de forma também racional e funcional, tendo em vista seu desejo de, além de sobreviver, ser o vencedor ou um dos vencedores do jogo organizacional (Lima, 1994).

Matus (1994) também utiliza-se da metáfora do jogo para formular sua teoria das macroorganizações.[15] Para ele, as organizações estão submetidas a um conjunto de regras internas que, em interação com as regras do ambiente, determinam a qualidade do seu funcionamento. O jogo estabelecido entre os diferentes atores organizacionais e do ambiente se expressa nas ações que produzem fatos, que, por sua vez, possibilitam a acumulação ou desacumulação de recursos de poder, que interferem nas regras do jogo, embora se possa dizer que tais regras também são condicionadoras do próprio jogo. Neste sentido, Rivera (1982) afirma que os atores sociais estabelecem "pactos normativos" que preservam ou modificam a realidade. Por sua vez, Campos (1990) considera que o meio social mais amplo condiciona a interpretação da realidade, sem, no entanto, determiná-la; ressalta, assim, o papel ativo dos atores sociais na construção da realidade. Reside aqui um duplo condicionamento.

As regras do jogo organizativo de Matus (1994) estão relacionadas aos elementos condicionantes já citados da organização: direcionalidade (objetivos), responsabilidade (objetivos), governabilidade (poder), departamentalização (estrutura/processo de trabalho). A direcionalidade refere-se à missão e aos objetivos[16] que uma organização deseja alcançar, aquilo que a organização oferta — seus produtos e serviços — tendo em vista uma dada demanda social. A responsabilidade expressa "a forma como são atribuídas ou distribuídas as responsabilidades e como são cobradas" (Rivera, 1995), o que, em última instância, assegura o alcance dos objetivos. A departamentalização refere-se à forma como o trabalho está dividido, ou seja, à definição de critérios de departamentalização e ao grau de diferenciação existente; inclui também os mecanismos de integração e coordenação do trabalho segmentado, tendo em vista a operacionalização dos objetivos organizacionais; este trabalho se expressa nos sistemas finais (aqueles que produzem os produtos fins nas organizações hospitalares — os sistemas de atenção ambulatorial, de emergência e de internação) e nos intermediários (os que dão suporte aos finais; nas organizações hospitalares, é possível subdividi-lo em sistemas de apoio ao diagnóstico e tratamento — laboratórios etc. — e sistemas gerais, não específicos do setor saúde — almoxarifado, lavanderia etc.). Por último, a governabilidade refere-se ao controle de recursos físicos e intelectuais (cognitivo, relacional etc.); expressa como o poder está distribuído, ou como os diferentes recursos de poder estão concentrados e/ou dispersos entre os diferen-

---

[15] Na verdade, a teoria das macroorganizações é derivada da teoria da produção social, também do autor, onde ele utiliza a metáfora do jogo para explicar a dinâmica da sociedade.

[16] Alguns autores trabalham com uma conceituação de missão diferenciada da de objetivos, a primeira mais relacionada aos valores e à razão de ser da organização, portanto mais genérica; a segunda mais específica, relacionada aos indicativos dos produtos organizacionais. Aqui ambos os termos serão tratados de forma diferenciada, considerando que os dois níveis de definição são necessários e devem estar indissociados. De pouco adianta trabalhar com definições genéricas do que uma organização deve fazer. É preciso dar concretude e especificação para definir seus produtos, pois somente assim é possível avaliar e identificar se o que se diz fazer é realmente o que se está fazendo. Sobre a discussão de objetivos, ver Lima (1994).

tes setores e níveis hieráquicos da organização, ou, ainda, o grau de centralização e descentralização existente. A qualidade e a interação existentes entre estas regras se traduzem na qualidade do funcionamento de uma organização, ou do "sistema microorganizacional" e de seu sistema de gestão (Matus, 1994).

Este modelo de análise se aplica ao funcionamento do sistema maior onde a organização se insere, que Matus (1994) denomina "sistema macroorganizacional", ou seja, "o conjunto de microorganizações que operam num espaço político-institucional segundo as regras de direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade, as quais definem o jogo macroorganizativo. Uma característica básica de uma macroorganização reside em que ninguém tem o mando máximo absoluto sobre todas as organizações que a integram". O jogo que se estabelece entre elas, entre suas forças, poderes e governos, é que define o equilíbrio e adequação de suas regras, e, conseqüentemente, é o que permite alcançar coordenação e integração entre elas. Cada organização que integra este espaço é um jogador submetido às regras gerais, mas que também interfere sobre elas. Este modelo ajuda a explicar a situação vigente nas organizações públicas de saúde: as regras que governam o setor de saúde, em particular na administração pública, são inadequadas, interferindo diretamente nas de cada "sistema microorganizativo". Porém, ajuda também a pensar que a modificação das regras do sistema maior pode ser influenciada pelas próprias organizações integrantes deste sistema (figura 2).

Figura 2
As regras do jogo macro e microorganizativo



Para Matus, as regras têm um condicionamento mútuo, porém a de maior determinação é a de responsabilidade, pois parte do pressuposto de que uma organização que procure permanentemente avaliar seus resultados (se adequados ou

não ao desejado e esperado) ou que tenha responsabilidade em relação ao que produz conseqüentemente estará ajustando seus objetivos e imprimindo-lhes direcionalidade; e procurará ativamente encontrar a melhor maneira de operacionalizá-los, no que tange à distribuição tanto do poder, quanto do trabalho a ser realizado. As regras prevalentes na organização determinam as "práticas de trabalho", sendo que as de responsabilidade são as mais condicionantes.

Com base neste modelo de análise — a organização como um jogo social —, Matus dá expressão concreta às regras através do "triângulo de ferro" do jogo organizacional. O triângulo corresponde a um sistema de direção da organização e é composto de:

a) subsistema de agenda, que representa o quanto as ações e o tempo dos dirigentes estão concentrados no que de fato é importante para a organização — os problemas relacionados à sua missão; expressa o quanto a ação gerencial está voltada para imprimir direcionalidade à organização; expressa também o equilíbrio existente entre planejamento e improvisação;

b) subsistema de petição e prestação de contas, que expressa o grau de compromisso da organização com o alcance de resultados predefinidos e decorrentes de sua missão; expressa a responsabilidade; é no domínio da responsabilidade — da avaliação sistemática do cumprimento dos compromissos, dos produtos e resultados encontrados relacionados à missão — que há demanda para o planejamento descentralizado por problemas (em termos gerais, obstáculos ao alcance da missão); de certa forma, é também através da avaliação sistemática que se imprime direcionalidade, pois observando o que se faz é que se pode dizer se está adequado ao esperado e ao que é necessário; expressa o equilíbrio existente entre responsabilidade e irresponsabilidade;

c) subsistema de gerência por operações, que representa o quanto a organização questiona sua missão nos seus diferentes níveis e subsistemas organizacionais (finais e intermediários) e traduz este questionamento em ações concretas que viabilizem a superação ou transformação dos obstáculos para o alcance dos objetivos, elevando, assim, os níveis de eficiência e eficácia organizacionais, além de possibilitar a prestação de contas; expressa como se dá a gerência cotidiana dos diferentes processos produtivos organizacionais (o quanto é criativa ou rotineira), bem como a departamentalização e a governabilidade, e, ainda, o equilíbrio entre centralização e descentralização.

Para Matus, a gestão de uma organização permanentemente enfrenta e resolve problemas. Portanto, um sistema de gestão adequado deve dar respostas para os problemas mencionados. Para ele, o funcionamento inadequado das organizações resulta dos seguintes problemas: não ter clareza de seus objetivos e não assegurar sua operacionalização de forma adequada, porque a divisão do trabalho, do poder e das responsabilidades não está apropriada, ou, principalmente, porque mecanis-

mos de petição e prestação de contas regulares não foram incorporados. Matus parece valorizar de forma diferenciada, nas organizações, a dimensão racional. Porém, não perde de vista a dimensão política, quando reconhece o poder como uma categoria importante na determinação dos resultados organizacionais; e tampouco a dimensão natural-política, ao reconhecer que os resultados organizacionais também dependem de um adequado funcionamento dos diferentes subsistemas organizacionais, tendo em vista a existência da intensa interdependência entre eles.

Tal diagnóstico é compatível com aquele já elaborado a partir da análise das organizações hospitalares públicas com base nas contribuições das "teorias organizacionais" segundo as perspectivas escolhidas. Em síntese, estas organizações estão submetidas a regras de direcionalidade, de departamentalização e de governabilidade inadequadas, e de responsabilidade quase inexistentes. E estão inseridas num ambiente — administração pública do setor de saúde — onde tais regras são também *desajustadas*.

A compreensão de Matus sobre as organizações está guiada por uma perspectiva racional (que se traduz nas regras de direcionalidade, departamentalização e de responsabilidade), por uma perspectiva política (que se traduz nas regras de governabilidade e na sua compreensão de que o funcionamento dos sistemas macro e microorganizativos são dependentes de um jogo), e por uma perspectiva natural (que se traduz na sua visão sistêmica, na interação entre as regras da organização e as regras de seu ambiente e também no triângulo de ferro/sistema de direção e nas inter-relações de seus subsistemas).

Na perspectiva múltipla, o funcionamento inadequado das organizações decorre da desconsideração das relações de condicionamento nas diferentes dimensões que coexistem nas organizações (racional, natural, política e outras que possam ser consideradas não exploradas neste trabalho). Gerenciar, nesta perspectiva, é considerar que as organizações têm uma dimensão racional que precisa ser assegurada. É preciso ter clareza nos objetivos a serem perseguidos, defini-los internamente de forma mais operacional e específica, e avaliá-los sistematicamente; é também necessário realizar uma adequada divisão e coordenação do trabalho, além de buscar imprimir eficiência às ações que são desenvolvidas para o alcance dos objetivos.

Porém, há também uma dimensão natural-sistêmica, que remete a atenção para a importância das pessoas dentro das organizações, as quais não podem ser consideradas como meros insumos (iguais aos demais) no processo de trabalho. Isso traz à tona a necessidade de compreender melhor as características do processo de trabalho e do ambiente em que as organizações se inserem para definir de modo mais apropriado a forma de gerenciar, dividir o trabalho e coordená-lo. Também evidencia a importância das relações de troca entre os diferentes subsistemas organizacionais, mais particularmente com o ambiente. Por último, há uma dimensão política, que implica "ressituar" as considerações anteriores num contexto dinâmico das relações de poder existentes, a cada momento, interna e externamente às organizações. Portanto, há uma tensão permanente entre estas diferentes racionalidades que coexistem nas organizações.

O quadro 2, nas páginas 126 e 127, resume um diagnóstico das principais características de funcionamento das organizações hospitalares públicas, bem como os desafios a serem enfrentados, a partir dos modelos de análise trazidos pelas perspectivas teóricas relacionadas ao estudo das organizações. É importante observar que o enfrentamento desses desafios requer uma abordagem múltipla, embora o quadro esteja apresentado de forma segmentada e esquemática segundo cada perspectiva teórica.

3. As regras de responsabilidade e o sistema de gestão

Para Matus (1994) "as regras de responsabilidade dominam o jogo e determinam as características de um triângulo de ferro de uma organização. Uma organização está sujeita a regras de alta responsabilidade, se não há ninguém isento de prestar e de pedir contas de forma sistemática (...) sobre os compromissos assumidos." Para o autor, "uma organização só se justifica pelos seus resultados" entendidos como "a eficiência e a eficácia de seus procedimentos finais e intermediários, e a quantidade e a qualidade de seus produtos", além do impacto de suas ações sobre os problemas sociais que tomou como objeto de sua intervenção, ou como sua missão. Neste estudo, resultados organizacionais estão sendo compreendidos como os produtos originados dos processos de trabalho e não no sentido colocado por Matus. Este autor concorda com a conceituação de Donabedian[17] sobre resultados organizacionais, os quais referem-se à avaliação do impacto das ações desenvolvidas pelas organizações de saúde na população. Assim, sua mensuração (das mudanças no estado de saúde da população) torna-se mais difícil de operacionalizar, já que a saúde tem uma múltipla determinação; isolar os efeitos da atenção proporcionada pelos serviços de saúde, em particular os hospitalares, na saúde da população torna-se extremamente complexo.

Rivera (1995) também chama a atenção para a importância da prestação de contas numa reforma organizacional no setor de saúde. Sugere, inclusive, a definição de indicadores de avaliação dos diferentes processos produtivos negociados com os atores organizacionais. Além de indicadores para alguns produtos, haveria outros, que permitissem avaliar se as relações de interdependência estão se dando satisfatoriamente.

O que acontece hoje com boa parte das organizações públicas de saúde é justo o contrário. Um dirigente de uma organização pública de saúde pode ser cobrado pelo nível central de governo se os processos de aquisição de materiais de sua unidade estão adequados às normas estabelecidas; se utilizou os recursos de determinada rubrica de forma adequada para aquisição dos serviços e materiais. Entretanto, dele não se cobra o mais importante: a quantidade e qualidade de seus produtos. Não lhe é cobrado que explique e justifique os indica-

[17] Para Donabedian (1984), resultados referem-se à mudança no estado de saúde do paciente que pode ser atribuída à atenção médica.

Quadro 2
Características e desafios das organizações hospitalares públicas segundo os elementos condicionantes de seu funcionamento e as perspectivas teóricas

Perspectivas	Condicionantes	Características	Desafios
Natural	Ambiente	• Complexidade e instabilidade (fragilidade da política de saúde, incerteza com a reforma administrativa e do Estado, perfil epidemiológico complexo). • Relações pouco estruturadas com outras organizações integrantes da rede de serviços. • Divisão de trabalho inadequada; pouca clareza do papel de cada um na rede. • Pouca clareza de objetivos. • Multiplicidade de objetivos/interesses. • Baixa cobrança de resultados tanto pelo nível central quanto pela sociedade/baixo controle social. • Centralização. • Regras de direcionalidade, responsabilidade, departamentalização e governabilidade inadequadas.	• Constituição de uma rede de serviços mais integrada, com relações mais estruturadas. • Definição do papel de cada um na rede. • Descentralização e autonomia para o nível local na operação. • Centralização na definição de objetivos e prestação de contas. • Adequação das regras de direcionalidade, responsabilidade, governabilidade e departamentalização.
	Pessoas	• Desmotivadas. • Descompromissadas. • Salários desiguais para funções iguais. • Vínculos diversos. • Baixos salários. • Descumprimento da carga horária.	• Autonomia nos mecanismos de sanção. • Mecanismos de mobilização. • Participação. • Compromissos. • Ganhos mútuos. • Incentivos. • Treinamentos.

continua

	Tecnologia (processo de trabalho)	• Multiprocessos/multiprodutos. • Pocessos mais mecanicistas. • Processos mais orgânicos. • Diferenciação elevada. • Complexidade. • Instabilidade. • Interdependência recíproca. • Problemas interdependentes.	• **Intensificação** e sofisticação da coordenação e **integração.** • **Comunicação** lateral intensa. • **Formação de equipes** de ligação.
Racional	Estrutura	• Predominância da departamentalização funcional. • Pincipais mecanismos de coordenação do trabalho: hierarquia (relação superior/subordinado); formalização. • Tendência à centralização e às estruturas verticalizadas. • Regras de departamentalização inadequadas.	• **Maior utilização** da departamentalização por produto (**empresa de multiprodutos**). • **Descentralização** e estruturas horizontalizadas. • **Utilização de outros** mecanismos de coordenação. • **Departamentalização** adequada.
	Objetivos	• Pouca clareza de objetivos e resultados. • Coexistência de diferentes objetivos. • Baixa racionalidade instrumental (eficiência não é um objetivo). • Resultados (produtos) não avaliados. • Baixa prestação de contas. • Baixa responsabilidade com resultados. • Direcionalidade insuficiente. • Baixa responsabilidade.	• **Objetivos/resultados** definidos/redefinidos e pactuados **interna** e externamente. • **Avaliação permanente.** • **Prestação de contas** interna e externa. • **Eficiência como** objetivo. • **Direcionalidade.** • **Maior responsabilidade.**
Política	Poder	• Coexistência de diferentes interesses e conflitos internos e externos. • Disperso interno e externo. • Dependência mútua (interdependência recíproca). • Pouca atenção à distribuição de poder interno e externo (poder dos médicos). • Baixa governabilidade.	• **Reconhecimento** dos interesses diversos, dos conflitos e **do poder** existentes interna e externamente. • **Mecanismos de explicitação** dos interesses, conflitos e **aglutinação** de poder — formação de coalizões. • **Participação.** • **Negociação/estabelecimento** de compromissos. • **Maior governabilidade.**

dores hospitalares relativos a seus produtos; ninguém responde pelos custos de suas atividades, pelos elevados tempos médios de permanência, pelas baixas taxas de ocupação dos leitos e, principalmente, pelas altas taxas de mortalidade ou de infecção hospitalar; aliás, estes indicadores tradicionais por vezes inexistem ou, quando existem, não são utilizados pelos níveis gerenciais internos e externos.

Para Matus (1994), a possibilidade de enfrentamento e de ajustes das regras de uma organização passa por uma transformação radical e vertical de seus subsistemas internos. Pouco adianta introduzir modificações racionalizadoras num único sistema; a resposta final será insatisfatória, dada a intensa interdependência entre os subsistemas. Entretanto, considera, como já assinalado, que a introdução de um sistema de petição e prestação de contas é o elemento de maior potencial detonador do processo de mudança, sem desconsiderar que as mudanças precisam ter impactos na "práticas de trabalho", porque elas determinam a forma como a organização funciona. Estas, segundo o autor, estão "arraigadas" nos seus integrantes, e para modificá-las é preciso atuar nas "estruturas mentais" que poderiam ser consideradas como o conjunto de hábitos, crenças, modos de operar, valores, ritos, comportamentos compartilhados ou como a cultura organizacional. Para Rivera (1995), a referida cultura se confunde com o modelo de Matus relacionado ao jogo organizacional e a suas regras. Para o primeiro, haveria duas dimensões das regras, uma real e a outra fática, sendo a cultura a expressão das "regras fáticas". Estas, por sua vez "subordinariam ou condicionariam as regras (formais) de direcionalidade, de governabilidade e de responsabilidade". Neste sentido, Barbosa (1995b), ao citar Silva (1994), compreende o sistema de petição e prestação de contas como "um instrumento para a criação de pactos internos, visando ao cumprimento dos objetivos da organização e não como um sistema puramente de controle". Barbosa complementa, dizendo que o referido 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)". Aqui reside a potencialidade e a possibilidade de esse instrumento ter impacto nas "práticas de trabalho" .

4. O contrato de gestão

O contrato de gestão é um instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO),[18] também denominada administração por resultados ou administração sistêmica por objetivos e resultados.

---

[18] Segundo Maristela de André (1994), o contrato de gestão é um instrumento moderno de administração por objetivos criado na França na década de 60.

A APO é um instrumento de desenvolvimento organizacional que tem origem com Peter Drucker e que busca deslocar a ênfase dos meios para os fins, do como para o porquê e para quê. É apresentada como um instrumento que permite incorporar múltiplas dimensões organizacionais (racional, natural-sistêmica e política), conforme melhor explorada na conceituação a seguir, embora reconheça-se que sua utilização vise fundamentalmente à racionalização do processo de trabalho. Tanto é assim que Morgan (1991) a identifica como um instrumento oriundo da perspectiva racional. Carlos Matus, quando formula o planejamento estratégico situacional (PES), parece ter a APO como uma de suas referências.

A APO é um método que tenta equilibrar objetivos, negociação, participação, descentralização, autocontrole e auto-avaliação. Caravantes (1983), sintetizando a definição de vários outros autores, apresenta uma definição de caráter bastante operacional que ajuda a compreender os princípios que orientam o contrato de gestão. Segundo o autor, a APO é:

a) *um método de planejamento* — compreendido como um processo (que não se esgota na elaboração do plano) sistêmico (abrange a organização em todos seus subsistemas), iterativo (pressupõe avanços e recuos), voltado para o futuro (sem a pretensão de predizê-lo ou controlá-lo), que visa a racionalizar o processo de decisão através da seleção de alternativas de um curso de ação e da conseqüente alocação de recursos, além de coordenar e integrar de maneira eficaz as diferentes atividades que são realizadas tendo em vista alcançar os propósitos desejados;

b) *e de avaliação* — que sistematicamente compara o planejado com o executado;

c) *baseado em fatores quantitativos* — quantificando, na medida do possível, o que se quer avaliar;

d) *pelo qual superiores e subordinados elegem áreas prioritárias* — a participação gera maior envolvimento e motivação e propicia a apreensão, por todos, de conhecimentos substantivos resultantes da vivência e da experiência;

e) *estabelecem resultados a serem alcançados (objetivos)* — ou seja, respondem a três perguntas centrais: "o que nós queremos, quando queremos e em que quantidade queremos"; Caravantes cita Sêneca que, antes de Cristo, já dizia que "não há evento favorável para quem não sabe para onde ir";

f) *dimensionam as respectivas contribuições (metas)* — a serem realizadas por cada unidade e indivíduo na organização;

g) *e procedem ao acompanhamento sistemático do desempenho* — aqui compreendido como um *hábito* que deve ser desenvolvido na organização e que em várias de suas dimensões subentende um processo de negociação, entre os diferentes atores organizacionais, quanto ao que fazer e como avaliar.

Para Drucker (1975), "uma das principais contribuições prestadas pela administração por objetivos é a de que ela nos permite substituir a administração pela prepotência por uma administração por autocontrole". "Autocontrole significa maior motivação: um desejo de fazer o melhor possível e não apenas o suficiente para ir levando a coisa. Significa um desempenho melhor e uma visão mais ampla". É possível encontrar as bases desses argumentos nas perspectivas racional e natural; o controle não é abandonado, apenas proposto a partir de uma compreensão mais abrangente do ser humano. Druker sugere que este instrumento possa interferir no que ele denomina "hábitos" ou "práticas de trabalho" (Matus, 1994) da organização, o que parece estar de acordo com as recentes reflexões de Alberto de Capitani, citadas por Maristela de André (1994). Segundo a autora, Capitani "lembra que a validade das avaliações de desempenho está em provocar mudanças culturais na Administração Pública".

Segundo André (1994), o contrato de gestão, conforme vem sendo denominado no Brasil, tem sua origem na França no final da década de 60, onde é conhecido como contrato de plano, quando aplicado a empresas públicas, e como contrato de serviços, quando aplicado a órgãos de administração pública não-empresarial (equivalente à administração direta, autárquica e fundacional brasileira). Consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir a uma maior participação e co-responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas em cada período. Em contrapartida, o nível central concede ao nível local maior autonomia gerencial, liberando-o do controle de meios, que passa a ser realizado somente sobre os resultados alcançados.

Há uma descentralização de recursos com autonomia no como fazer, com negociação sobre o que fazer, e com uma centralização da prestação de contas sobre o que foi feito (o que dá as bases para as futuras negociações). Segundo André (1994), o contrato de gestão "substitui os controles *a priori* e interferências indevidas no dia-a-dia das organizações por avaliações de resultados a *posteriori*", a partir "de um conjunto de indicadores de desempenho" predefinido.

Silva (1995) chama a atenção para a importância do sistema de acompanhamento de desempenho da organização — aspecto central no contrato de gestão. Identifica dois tipos de metas a serem definidas e avaliadas — as intermediárias (eficiência) e as de resultados (eficácia e efetividade). Para o autor, as metas de resultados são mais complexas de serem definidas, assim como seus indicadores de acompanhamento. Elas estão relacionadas ao cumprimento da missão e objetivos organizacionais e, conseqüentemente, à efetividade das ações organizacionais. São subdivididas em metas de quantidade ou de abrangência de atuação (quanto do mercado é atingido) e em metas de qualidade (o que está sendo atingido no mercado), que indicam a adequação dos esforços organizacionais às necessidades que pretende atender. Segundo o autor, "é inútil

todo o esforço despendido na produção de *outputs* inadequados, pois não contribui para a efetividade da ação, além de acabar por conduzir à ineficiência e ineficácia da organização".

No Brasil, esta experiência teve início, no nível federal, com o estabelecimento do contrato com a Associação das Pioneiras Sociais (em 1991), com a Companhia Vale do Rio Doce (em 1992) e com a Petrobras (em 1994). No âmbito dos governos estaduais, o estado de São Paulo estabeleceu (em 1992) contratos com 25 empresas e 63 órgãos estaduais não-empresariais.

Como já assinalado na introdução, o contrato de gestão vem sendo apresentado pelo atual governo, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (Pereira, 1995a), como o instrumento que materializará a relação entre os hospitais públicos (a serem transformados em organizações sociais) com o núcleo estratégico do Estado. Seria o instrumento que propiciaria a introdução, na administração pública, de uma forma de gerenciar denominada *gerencial*, em contraposição (ou em complementação) à atual forma *burocrática*.[19] A administração gerencial teria como finalidade buscar imprimir maior eficiência (entendida como o aumento de qualidade e a diminuição de custos) às ações governamentais. Teria como característica a ênfase na avaliação dos resultados organizacionais, a orientação para os clientes e a introdução de uma "competição administrada"[20] entre as organizações prestadoras de serviços. Os princípios norteadores seriam a definição precisa dos objetivos (para possibilitar a mensuração/avaliação, condição para o estabelecimento do contrato de gestão), a autonomia por parte das organizações na utilização dos recursos para o alcance de seus objetivos/resultados e o controle *a posteriori* por parte do Estado (instituição contratante).

Rivera (1995), considera o contrato de gestão um instrumento adequado para as organizações públicas de saúde, pois baseia-se "numa negociação de recursos em função de metas e objetivos terminais" ao mesmo tempo em que "permite uma autonomia financeira e administrativa e um contexto de negociação ampla de compromissos e de formas de controle".

André (1994) ao comentar a experiência de contrato de gestão da Associação das Pioneiras Sociais, cuja missão é "prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação como o Poder Público",[21] aponta para as dificuldades inerentes à conceituação e mensuração da produção e dos indicadores econômicos e financeiros dessa organização, pelas características de

---

[19] Administração burocrática compreendida como aquela que se caracteriza por enfatizar o controle dos processos e não dos resultados, pela tendência de voltar-se para si própria e, conseqüentemente, pela incapacidade de concentrar-se no cliente, pelo excesso de formalismo, pela ineficiência etc.

[20] Não há maiores detalhes no referido plano sobre o que seja e como se dará a competição administrada.

[21] Missão explicitada no contrato de gestão apresentada por Maristela de André (1994).

seu campo de atuação. Entretanto, ressalta que "isso não invalida nem desqualifica a experiência, até pelo contrário, impõe desafios técnicos importantes que poderão no futuro contribuir para a administração pública, caso o contrato não seja percebido apenas como a compra de serviços e sim como a construção de novas relações de controle".

A referida autora identifica ainda outras dificuldades a serem enfrentadas para a implantação de qualquer sistema de avaliação do desempenho na administração pública. Uma delas é a necessidade de vir no "bojo de uma reestruturação institucional, com planos de cargos e salários condizentes com a valorização profissional dos funcionários; (...) com a capacitação em planejamento, orçamentação, modernas técnicas de administração, de qualidade e eficiência e de relações humanas no trabalho, de geração e administração de sistemas de informação, de informatização, de métodos de avaliação gerencial". Sugere, ainda, que a concessão de estímulos, tais como maior autonomia gerencial e benefícios aos funcionários, deve estar atrelada ao cumprimento dos compromissos estabelecidos. Considera, por último, que as avaliações de desempenho devem "centrar-se em programas para os quais sejam especificados planos de ações, com cronogramas de eventos datados", que a "avaliação de qualidade dos serviços prestados necessitará do levantamento periódico de opiniões dos clientes" e que a avaliação da eficiência é mais difícil de ser realizada em produtos pouco mensuráveis.

Em particular, no caso das organizações de sáude a avaliação de seus produtos é considerada de extrema dificuldade. Na verdade, a organização hospitalar comporta múltiplos processos de trabalho, uns mais padronizáveis e outros menos, que, combinados, resultam no principal produto hospitalar: o paciente tratado. Avaliar a qualidade de produtos mais difíceis de padronizar — assistência médica — resulta em complexidade considerável, até mesmo porque a melhoria da saúde não depende exclusivamente da atenção prestada nos serviços de saúde, mas de sua interação com outras áreas da vida social — emprego, habitação, lazer, educação, transporte, saneamento etc.

Um outro desafio colocado especialmente para o setor de saúde é o de assegurar a articulação, integração e equilíbrio das funções e ações do sistema de saúde como um todo, dando conta da sua necessária dimensão sistêmica (Lima, 1994). O contrato de gestão, por si só, não assegura esta dimensão. Ao contrário, se introduzido sem esta preocupação, pode reforçar a desarticulação, desintegração e atomização hoje existentes. É necessário que esteja associado a políticas e 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 ela desenvolvidas. Estas preocupações ganham complexidade ao considerar-se que, na proposta de reforma do Estado, as "organizações sociais" deixam de ser de propriedade estatal, constituindo "entidades de direito privado, sem fins lucrativos" (Pereira, 1995b), submetidas a uma lógica de "competição administrada".

Na França, os hospitais estão submetidos a uma maior autonomia de gestão[22] (a partir da Lei Hospitalar de 1991) e ao controle do Estado, através do "*projet d'établissement*" (projeto de estabelecimento), dos programas de investimentos e do orçamento.

O projeto de estabelecimento "é um ato pelo qual são definidos os objetivos gerais do estabelecimento no campo assistencial, mas também em campos que dizem respeito à política social, ao sistema de informações, à gestão etc.". Entretanto, esses projetos se subordinam a um *contexto regulamentar*, que são as diretrizes e regras do planejamento regional e/ou central. A rigor, os objetivos de cada hospital são definidos no processo de negociação com os níveis regionais e centrais. A elaboração do referido projeto, interna ao hospital, pressupõe a constituição de um grupo de trabalho, onde o diretor do hospital tem um papel central, como aglutinador, coordenador e condutor de todo o processo. Embora não se caracterize como um contrato de gestão, o que parece ser mais interessante na experiência é o fato de aliar a autonomia à definição de um projeto de estabelecimento, que, por sua vez, é negociado interna e externamente, estando simultaneamente submetido a um planejamento regional das ações necessárias a serem desenvolvidas em cada região. Além disso a referida lei tornou obrigatória a realização de avaliações periódicas, médicas e econômicas, o que parece ser uma condição necessária para o aceite/renovação dos projetos de estabelecimento (Castelar et alii, 1995).

Mecanismos similares à lógica dos projetos de estabelecimento franceses poderiam resguardar a coerência, a integridade e o equilíbrio, além de assegurar o acesso, elementos necessários ao adequado funcionamento do sistema de saúde.

O contrato de gestão poderia ser o mecanismo pelo qual se viabilize o que Lima (1994) denomina um processo de definição e implementação de objetivos em organizações públicas de saúde a partir de uma perspectiva integradora (que, neste artigo, está sendo chamada de múltipla), porque possibilita lidar simultaneamente com as dimensões política, natural/sistêmica e racional. Objetivos como "estados futuros desejados" (Etzioni, 1984) precisam apresentar simultaneamente, segundo Mintzberg (1989), duas evidências, para que se diga que uma organização os têm: representar as "intenções" de pessoas e materializar-se em "ações e atividades", que, por sua vez, se expressam em produtos. Objetivos e resultados/produtos são dois lados de uma mesma moeda. Um mecanismo que assegure a coordenação do trabalho através da negociação e do estabelecimento de compromissos em torno de resultados a serem alcançados, mas que serão também sistematicamente avaliados e cobrados, numa interação permanente com o ambiente, considera as três dimensões mencionadas.

---

[22] Os hospitais, segundo a Lei Hospitalar de 1991, podem firmar convênios com outros estabelecimentos de saúde e organismos públicos e privados, bem como desenvolver novas formas de colaboração e de cooperação, inclusive internacional (Castelar et alii, 1995).

Aliás, os objetivos segundo Scott (1981) ganham particular importância em organizações cujo processo de trabalho é incerto, instável e interdependente, e que estão em ambientes incertos e também instáveis, como são os das organizações públicas de saúde. Nestas, o autor diz ser necessário alcançar maior congruência de objetivos, o que possibilitaria o alcance de uma nova ordem e autoridade. Segundo ainda o autor, "somente um conjunto de objetivos compartilhados pode oferecer uma adequada estrutura para a colaboração de múltiplos especialistas, onde cada um tem sua base de conhecimentos, perícia, habilidades e autonomia na seleção dos meios", podendo, assim, constituir importante mecanismo de coordenação do trabalho.

5. Considerações finais

O contrato de gestão é um instrumento que tem uma forte dimensão racional, influenciando, primeiro, as regras de responsabilidade (prestação de contas) e, segundo, as de governabilidade (autonomia). A assunção efetiva da responsabilidade parece estar associada à possibilidade de sofrer as conseqüências das decisões tomadas.

Indubitavelmente, as inexistentes ou insuficientes prestações de contas interna e externa é uma questão crucial a ser enfrentada por quaisquer modelos gerenciais para as organizações hospitalares e públicas.

Numa primeira abordagem geral, uma organização preocupada em prestar contas sobre seus compromissos sociais, quer pelo controle dos níveis centrais de governo aos quais se subordina, quer por estar submetida ao controle da sociedade de forma mais abrangente, quer ainda por estar inserida na lógica de competição de mercado e para sobreviver precisa assegurar respostas às demandas sociais para as quais foi criada, tenderá a operacionalizar mais adequadamente seus resultados.

De toda forma, algumas questões merecem maior reflexão ao se pensar em utilizar o contrato de gestão como um elemento na conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas.

Em que desafios poderá ter impacto?

Em que medida é possível compatibilizar o alcance de metas sociais cujos valores predominantes não se resumem à eficiência das suas ações, com a competição inerente à lógica de mercado, onde a eficiência é um valor central? Como a atuação do Estado poderá assegurar a regulação da competição, administrada sem perder de vista seus objetivos sociais?

Estará o contrato de gestão sendo introduzido isoladamente ou dentro de uma reestruturação institucional, como chama a atenção André (1994) e, assim, sendo compreendido como um dos elementos de um processo de mudança social?

Qual poderá ser seu impacto na rede hospitalar pública, especialmente na desarticulação, desintegração e atomização já existentes? Como assegurar o acesso da população, segundo suas necessidades, às ações de saúde, mesmo

àquelas sabidamente de alto custo e que hoje já são de difícil acesso? Enfim, qual poderá ser seu impacto na constituição/consolidação do Sistema Único de Saúde?

Uma organização cobrada tenderá a redefinir melhor seus objetivos, pois, na medida em que olhar para o que está fazendo, procurará cotejar o que acha que deve fazer com o que pode fazer e o que lhe é demandado fazer (regras de direcionalidade)?

Contribuirá para revisar sua divisão de trabalho e seus mecanismos de coordenação para alcançar uma melhor operacionalização de seus objetivos (regras de departamentalização)? A responsabilização da organização quanto a produtos e metas gerais precisa ter tradução interna em metas e produtos específicos para os diferentes setores, o que, como já visto, parece ser mais bem alcançado por uma divisão de trabalho que enfatize os diferentes produtos.

O contrato de gestão poderá constituir um mecanismo de coordenação e integração do trabalho ou poderá acirrar a atomização interna hoje já existente?

Será capaz de ter impacto na redefinição e valorização do papel do profissional na organização, propiciando uma negociação interna em torno do estabelecimento de compromissos/resultados pactuados a serem alcançados? Parece ser necessário alcançar uma adequada distribuição do poder (centralização/descentralização) em relação às tarefas a serem desempenhadas e das responsabilidades definidas (regras de governabilidade).

Poderá contribuir na constituição de modelos mais colegiados, participativos e pactuados de gestão, que assegurem o controle social, sem sucumbir ao corporativismo das categorias, garantindo a operacionalização dos compromissos sociais preestabelecidos entre o nível local e central, que por sua vez devem visar a responder, de forma eficiente e eficaz, às necessidades de atendimento da população, razão principal de sua existência?

Como assegurar que, além da eficiência (que deve ser objeto de atenção gerencial), do alcance de metas quantitativas, a questão da qualidade das ações desenvolvidas também será objeto de prestação de contas? Que critérios utilizar na avaliação da qualidade?

O contrato de gestão contribuirá para a conformação de modelos gerenciais que assegurem às organizações de saúde maior eficiência, que, indiscutivelmente, é necessária, mas também mais eficácia e efetividade?

Estas são algumas questões que precisam ser analisadas cuidadosamente no sentido de evitar-se transposições mecânicas e não-adaptadas de experiências de outras áreas, desconsiderando as particularidades e a complexidade do setor de saúde e de suas organizações. Além disso, o contrato de gestão não pode prescindir de uma avaliação mais aprofundada em relação ao contexto em que é proposto — o da reforma do Estado brasileiro e de seu aparelho, pois constitui um instrumento que expressa e viabiliza, juntamente com outras iniciativas, uma política governamental.

Referências bibliográficas

André, Maristela de. Contratos de gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. Ipea (1), fev. 1993.

———. *Contratos de gestão: subsídios para a reforma do Estado*. Rio de Janeiro, Ibam/Ipea/ Enap, 1994.

Astley, W. G. & Van de Ven, A. H. Central perspectives and debates in organizational theory. *Administrative Science Quarterly*, *28*(2), 1983.

Barbosa, Pedro Ribeiro. *Gestão de hospitais públicos: caminhos possíveis para elevar a autonomia gerencial e a performance organizacional — os contratos de gestão como alternativa para a administração pública*. Rio de Janeiro, 1995a. (mimeog.)

———. *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/ Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, EBAP/FGV, 1995b. (Dissertação de Mestrado.)

Burns, Tom & Stalken, George M. *The management of innovation*. London, Tavistock, 1961.

Campos, Anna Maria. Em busca de novos caminhos para a organização. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, *15*(1), jan./mar. 1983.

———. Contribuição para o resgate da relevância do conhecimento para a administração. In: *Seminário Novas Concepções em Administração e Desafios para o SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial*. Ensp/Fiocruz-Fundap/SP, 1990. (mimeog.)

Campos, Gastão Wagner Souza. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: *Seminário Novas Concepções em Administração e Desafios para o SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial*. Ensp/Fiocruz-Fundap/SP, 1990. (mimeog.)

Caravantes, Geraldo Ronchetti. *Administração por objetivos: uma abordagem sócio-técnica*. 2 ed. Porto Alegre, Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1983.

Castelar, R.; Mordelet, P. & Grabois, V. *Gestão hospitalar — um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes, Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1995.

Chiavenato, Idalberto. *Teoria geral da administração*. 2 ed. São Paulo, McGraw-Hill, 1976. v. 1.

Crozier, Michel & Friedberg, Erhard. *Actors and systems: the politics of collective action*. Chicago, University of Chicago Press, 1980.

Daft, Richard. *Organizational theory and design*. 4 ed. Saint Paul, West Publishing Company, 1992.

Dahl, R. A. The concept of power. *Behavioral Science*, *2*:201-18, 1957.

Donabedian, Avedis. *La calidad de la atención médica: definiciones y métodos de evaluación*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.

Drucker, Peter F. *Administração, tarefas, responsabilidades, práticas*. São Paulo, Pioneiras, 1975.

Dussault, Gilles. A gestão de serviços de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *26*(2), abr./jun. 1992.

Emerson, Richard M. Power-dependence relations. *American Sociological Review*, *27*:31-40, Feb. 1962.

Etzioni, Amitai. *Organizações modernas*. 7 ed. São Paulo, Pioneiras, 1984.

Galbraith, Jay R. *Organizational design*. Reading, Mass., Addison-Wesley, 1977.

Georgiou, Petro. The goal paradigm and notes toward a counter paradigm. In: Zey-Ferrel, Mary & Aiken, Michel. *Complex organizations: critical perspectives*. Glenview, Ill., Scott, Foresman and Company, 1981.

Hickson, David et alii. A strategic contingencies theory of interorganizational power. *Administrative Science Quarterly*, *16*, 1971.

Karpik, Lucien. Organizations, institutions, and history. In: Zey-Ferrel, Mary & Aiken, Michel. *Complex organizations: critical perspectives*. Glenview, Ill., Scott, Foresman and Company, 1981.

Junqueira, L. & Inojosa, R. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica de eficácia. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, *26*(2), abr./jun. 1992.

Lawrence, Paul R. & Lorsch, Jay W. *As empresas e o ambiente — diferenciação e integração administrativas*. Rio de Janeiro, Vozes, 1973.

Leavitt, Howard. Applied organizational change in industry: structural, technological and humanistic approaches. In: March, James G. (ed.). *Handbook of organizations*. Chicago, Rand McNally, 1965.

Lima, Sheyla Maria Lemos. *O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública do setor saúde: do Conjunto Sanatorial de Curicica ao Hospital de Clínicas Básicas Raphael de Paula Souza*. Rio de Janeiro, EBAP/FGV, 1994. (Dissertação de Mestrado.)

Malik, Ana Maria & Vecina Neto, Gonzalo. Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde. In: *Seminário Novas Concepções em Administração e Desafios para o SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial*. Ensp/Fiocruz-Fundap/SP, 1990. (mimeog.)

Marques, Marília. Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade: implicações para as políticas científicas e tecnológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, *11*(3), jul./set. 1995.

Matus, Carlos. Sobre la teoría de las microorganizaciones. *Revista Pes* (3). Santafé de Bogotá, Fondo Editorial de Altadir, 1994.

———. *Adiós señor presidente*. Venezuela, Pomaire/Ensayos, 1967.

Mintzberg, Henry. *Power in and around organizations*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1983.

———. *On management: inside our strange world of organizations*. New York, The Free Press, 1989.

Morgan, Gareth. *Images of organizations*. 3 ed. USA, Sage, 1991.

Motta, Fernando Prestes. *Teoria geral de administração*. 15 ed. São Paulo, Pioneira, 1989.

———. Teoria de administração: alcances, limites e perspectivas. In: *Seminário Novas Concepções em Administração e Desafios para o SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial*. Ensp/Fiocruz-Fundap/SP, 1990. (mimeog.)

Motta, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, Record, 1991.

——— & Caravantes, Geraldo. *Planejamento organizacional — dimensões sistêmico-gerenciais*. Rio de Janeiro, FGV, 1979.

Pereira, L. C. Bresser. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, 1995a.

———. *Reforma do aparelho do Estado*. Brasília, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, 1995b.

Ramos, Guerreiro. *Administração e contexto brasileiro*. Rio de Janeiro, FGV, 1983.

Rivera, Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social e sanitário*. Rio de Janeiro. Ensp, 1982. (Tese de Doutorado).

———. *A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante*. Rio de Janeiro, 1995. (mimeog.)

Scott, Richard. *Organizations: rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1981.

Silva, Carlos Eduardo Souza e. Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura, problemas e acompanhamento. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 29(4), out./dez. 1995.

Silva, Roseli Monteiro da. *A teoria organizacional do planejamento estratégico situacional e a gestão do setor saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1994. (Dissertação de Mestrado.)

Simon, Herbert. *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro, FGV, 1979.

Thompson, James D. *Organizations in action*. New York, McGraw-Hill, 1967.