A crise gerencial no sistema de saúde*

José Rodrigues Filho**

Sumário: 1. Introdução; 2. Burocracia profissional; 3. O gerente de serviços de saúde; 4. Fatores de mudança; 5. Conclusão.
Palavras-chave: administração de saúde; gerentes de saúde; sistemas de controle; saúde no Brasil.

Demonstração de que o fracasso do sistema de saúde brasileiro se deve em parte à falta de gerenciamento nas organizações de saúde, tanto do setor público quanto privado.

The managerial crisis in the Brazilian health system
Although Brazil is spending about 4% of its GNP on health care, many Brazilians cannot get the service they need, especially because services are inconveniently located. The maldistribution of health resources in the country is a cause of concern. It can be claimed that the failure was, in part, that of management. Because the majority of executives in the Brazilian health care system has no managerial qualification and most of the entrepreneurs were attracted by the seductive temptation to increase their earnings, they missed the opportunity to improve the quality of patient care and the efficiency of the whole system in areas like administration of human resources, management control systems, administration of operations, and the formation of a management philosophy.

1. Introdução

Os sistemas de saúde estão doentes em muitos países, desde a maior economia capitalista do mundo até os países que até há pouco não adotavam os princípios da economia de mercado.

No caso específico do Brasil, apesar do crescimento extraordinário da indústria hospitalar privada, o sistema de saúde está em coma. Entre os países em desenvolvimento, o Brasil é um dos que mais gastam em saúde. Mesmo assim, a maioria da população não consegue o tratamento que deseja, por serem os serviços fragmentados, localizados de maneira inconveniente e oferecidos em momentos inoportunos. Além disso, é grande a parcela da população desassistida e carente do mínimo atendimento básico de saúde. A desigualdade quanto à distribuição de recursos é tão acentuada e absurda, que é comum o paciente viajar centenas de quilômetros para obter uma consulta médica (Rodrigues Filho, 1987a).

Apesar do reconhecido avanço de algumas atividades médicas destinadas à recuperação e ao salvamento de vidas, é também notório o abuso de outras práticas que denigrem tanto a imagem do sistema como a dos próprios profissionais médicos. O Brasil, por exemplo, é campeão de cesáreas, de exames complementares, e gasta abusivamente com outros procedimentos (Rodrigues Filho, 1987b; Landaman, 1982). Outros indicado-

* Artigo recebido em out. 1993 e aceito em abr. 1994.

** Professor do Departamento de Administração da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisador e *Takemi fellow* na Universidade de Harvard por ocasião da elaboração do presente trabalho. (Endereço: Av. Silvino Lopes, 425/304 — João Pessoa — PB — 58039-190.)

res referentes à mortalidade infantil, à infecção hospitalar e à negligência médica colocam o Brasil na lista dos países mais pobres do mundo.

Para responder às imperfeições do sistema, fizeram-se várias reformas administrativas, sem sucesso, no setor brasileiro de saúde, nos últimos anos. Talvez nenhum setor da economia nacional tenha passado por tantas reformas quanto o de saúde.

Mas o que está errado com o nosso sistema de saúde? A falta de controle gerencial em nossas instituições de saúde e a forma clientelística, paternalista e familiar de administrar foram em parte responsáveis pelo colapso de um setor que já está gastando cerca de 4% do PIB nacional. Esses modelos anacrônicos e irresponsáveis de gerenciar não mais se prestarão aos futuros desafios que essas organizações terão que enfrentar. Durante muitos anos, algumas dessas instituições, principalmente na área hospitalar privada, foram mais protegidas pelo Estado do que os próprios consumidores-pacientes.

Muitas dessas organizações priorizaram o lucro imediato em detrimento do bem-estar do consumidor, razão pela qual poderão estar condenadas ao fracasso, principalmente numa economia de mercado em que a sobrevivência organizacional dependerá da competência e da produtividade. Se a tendência for a modernização, a democratização e a economia de mercado, então as nossas organizações de saúde terão que enfrentar um processo de mudança nunca imaginado na história administrativa do país. O Estado, através de práticas cartoriais, não mais poderá continuar protegendo determinadas instituições.

O propósito deste trabalho é pois demonstrar que o fracasso do nosso sistema de saúde é, em parte, decorrente da falta de gerenciamento nas organizações de saúde, tanto do setor público quanto privado. Serão aqui examinadas as peculiaridades dessas organizações profissionalmente dominadas, a burocracia profissional, os conflitos existentes, bem como outros fatores que irão influenciar uma mudança gerencial no sistema de saúde.

2. Burocracia profissional

Segundo Fogel, burocracia profissional é uma organização que, para desempenhar suas atividades, depende do conhecimento e da habilidade de seus profissionais (Fogel, 1989). Portanto o trabalho de vários médicos em determinada organização caracteriza a existência da burocracia profissional.

As questões de burocratização e relações de poder nos serviços de saúde têm sido muito discutidas. Enquanto uns argumentam que a burocracia contribuiu para a desprofissionalização da medicina, outros argumentam que a burocracia não é desprofissionalizante, contribuindo não só para acomodar interesses profissionais, mas também para aumentar o nível de especialização e de tecnologia (Reed & Evans, 1987; Engel, 1969).

As burocracias profissionais apresentam desafios que nem sempre são encontrados em outros tipos de organizações. Na área de saúde, por exemplo, os profissionais médicos sempre causam problemas operacionais, já que são, em geral, menos tolerantes com a vida organizacional. Em essência, a ciência precisa de autonomia, enquanto a organização precisa de interação.

Alguns estudos demonstraram que a escolha da profissão médica é feita devido à oportunidade que se tem de trabalhar de maneira independente (Boissoneau, 1986). Esse interesse por independência, por sua vez, entra em conflito com as necessidades da organização, no que tange ao estabelecimento de políticas destinadas ao controle de suas operações. À medida que as organizações de saúde vão-se tornando mais complexas e os

custos começam a aumentar aceleradamente, torna-se necessária a adoção de técnicas do processo gerencial, o que exige o exercício de autoridade ou outras formas de influência indispensáveis ao processo de tomada de decisão. Nesse sentido, os objetivos organizacionais passam a determinar os valores e os objetivos das decisões individuais.

Uma vez que os objetivos organizacionais nem sempre coincidem com os interesses dos profissionais médicos, o conflito é inevitável e não raro causado muito mais pelas peculiaridades do treinamento do que pelas características pessoais dos médicos. Nesse caso, o administrador ou gerente passa a enfrentar problemas ao tentar coordenar as atividades dos vários grupos que prestam cuidados médicos.

Portanto as organizações de saúde dificilmente funcionarão de forma eficiente, uma vez que têm pouco controle sobre as atividades de seus principais membros — profissionais médicos, que prestam um serviço personalizado. Isto não ocorre nas empresas comerciais e industriais, que sempre lidam com um objeto material. Conseqüentemente, os administradores das organizações de saúde têm menos poder e autoridade do que seus colegas nas empresas industriais.

Além disso, o elevado grau de profissionalização e especialização cria outros problemas operacionais nessas organizações, visto que é nesse ambiente de segregação que se tem de cuidar do paciente de maneira holística. Assim sendo, alguns aspectos devem ser considerados pelos gerentes de organizações denominadas burocracia profissional. Fogel, por exemplo, destaca os seguintes pontos-chave que devem ser considerados nas organizações de saúde:

a) os profissionais médicos são treinados para trabalhar de forma independente, sendo o controle de suas atividades muito difícil, principalmente devido ao corporativismo;

b) inovação e mudança são difíceis de ser alcançadas na burocracia profissional, em que o objetivo profissional está acima do objetivo organizacional, inclusive do lucro;

c) os profissionais médicos detêm muito poder, principalmente devido ao prestígio da profissão perante a sociedade;

d) a burocracia profissional é criada para servir às necessidades dos profissionais médicos, já que são eles que decidem a alocação de recursos para o cuidado médico;

e) os administradores podem se tornar poderosos, apenas quando estiverem atendendo aos interesses dos profissionais médicos.

Os pontos acima mencionados são suficientes para bloquear o processo de decisão nas organizações de saúde. Um esforço deve ser feito para compreender os múltiplos grupos de interesses e a distribuição de poder no processo de tomada de decisão entre esses grupos, sobretudo para atenuar os conflitos entre médicos e administradores. Por exemplo, o equilíbrio de poder, como determinante das decisões organizacionais, se dá praticamente em três diferentes níveis, principalmente na área hospitalar:

a) dentro de uma especialidade médica, a exemplo da atuação dos profissionais de radiologia ou cirurgia (Brady, 1980: 103-10);

b) entre várias especialidades (cirurgiões, radiologistas, clínicos etc.) (Green, 1975);

c) entre os diferentes grupos profissionais (médicos, administradores, enfermeiros etc.) (Keith, 1980: 303-6).

Embora existam vários estudos sobre a relação de poder entre médicos e administradores em países desenvolvidos (Brady, 1980; Smith, 1955), os trabalhos nessa área são quase inexistentes no Brasil. A função do administrador de saúde nos países desenvolvidos é de grande relevância, exigindo um treinamento gerencial avançado. O mesmo não acontece no Brasil, onde as funções executivas são em geral ocupadas por profissionais médicos sem a qualificação gerencial apropriada, tanto em instituições públicas quanto privadas. Na estrutura formal de alguns hospitais, por exemplo, a função administrativa está subordinada a um diretor clínico, sem nenhuma qualificação gerencial, pois os interesses profissionais estão acima dos interesses organizacionais. É a prática médica, e não a prática gerencial, que interessa a esses dirigentes.

É esse ambiente organizacional conturbado e complexo que, mais do que nunca, necessita adotar uma estratégia para obter o apoio de seu quadro de especialistas, a fim de alcançar seus principais objetivos, inclusive de lucro. Mesmo considerando as desvirtuadas políticas de saúde, a prestação de cuidados de saúde no país poderia ser bem melhor em termos de qualidade, eqüidade e eficiência, caso o sistema estivesse sendo gerenciado por profissionais qualificados.

3. O gerente de serviços de saúde

A indústria de saúde no Brasil parece não se preocupar com a formação de recursos humanos na área gerencial. O nosso gerente de serviços de saúde, principalmente o médico, não recebe treinamento adequado para o exercício de função executiva. Outros profissionais da área gerencial, como os administradores de empresas, nem sempre se submetem, também, a algum tipo de treinamento na área de administração de serviços de saúde. Como se viu, em muitas instituições as funções gerenciais são desempenhadas por profissionais médicos que, em geral, defendem mais o interesse profissional do que o interesse organizacional. Esse fato contribuiu, sem dúvida, para acentuar a crise gerencial e a desordem organizacional no setor brasileiro de saúde.

Para alguns autores, os profissionais médicos devem se envolver cada vez mais com os aspectos gerenciais, pois o executivo médico talvez tenha mais oportunidade de legitimar sua autoridade no setor do que outros profissionais não-médicos, podendo interagir com os interesses dos diversos grupos profissionais e aperfeiçoar o gerenciamento do complexo médico-industrial, tanto em organizações públicas quanto privadas. Se esses profissionais estiverem dispostos a enfrentar esse desafio, devem buscar um treinamento adequado para funções executivas, que inclua pelo menos as seguintes habilidades administrativas: teoria organizacional, análise financeira, contabilidade de custos, análise micro e macroeconômica, análise de decisão, estatística, administração de serviços de saúde, *marketing* e planejamento estratégico (Hillman et alii, 1986).

Nos EUA, por exemplo, existem mais de 50 escolas destinadas ao treinamento, em nível de mestrado e doutorado, de diversos profissionais para a função executiva na área de saúde. Esse treinamento se dá tanto nas escolas de saúde pública como nas escolas de

administração de empresas (Kovner, 1984). Em geral, os médicos buscam as escolas de administração de empresas para cursarem os chamados MBA (*Master of Business Administration*), e outros profissionais, como os administradores de empresas, buscam as escolas de saúde pública.

Apesar do treinamento de mais de mil profissionais por ano (nos últimos 15 anos) para funções executivas no setor norte-americano de saúde, em nível de mestrado e doutorado, há reclamações no sentido de melhorar ainda mais as atividades gerenciais (Herzlinger, 1989). Além do treinamento em nível de pós-graduação, cerca de 20 outras escolas atuam no treinamento de administradores de saúde, em nível de graduação, sem falar nas centenas de outros programas de treinamento de curta duração.

No Brasil existe cerca de uma dúzia de programas, em nível de pós-graduação, em escolas de saúde pública e de administração de empresas, em boas condições de treinar executivos para a área de saúde. Pelo volume de produção acadêmica, que mede mais ou menos o desempenho de uma instituição de ensino, observa-se que alguns cursos de pós-graduação em administração estão elaborando trabalhos de boa qualidade na área de administração de saúde, como é o caso dos cursos de mestrado da Fundação Getulio Vargas (Rio de Janeiro e São Paulo), da Universidade Federal da Paraíba, da Fundação Osvaldo Cruz e várias outras. Porém, devido à falta de uma política de formação de recursos humanos para o setor saúde e à falta de ênfase na melhoria gerencial, ainda é pequeno o número de executivos treinados nessas escolas, por ano, para o setor brasileiro de saúde. Evidentemente, muitos procuram um treinamento avançado em administração de saúde mais por vocação própria do que por algum incentivo ou exigência das organizações de saúde.

Não adianta a organização dispor de um bom quadro de gerentes de nível intermediário se os que estão exercendo funções executivas ou de primeira linha de comando não têm uma formação gerencial adequada. O que se precisa no país é da formação de milhares de gerentes-executivos (primeira linha de comando), com qualificação apropriada para gerenciar as complexas organizações de saúde e criar uma filosofia gerencial no setor que, como se viu, está se deteriorando aceleradamente.

Se, por um lado, não existe uma política de formação de recursos humanos na área gerencial, por outro a política salarial é desordenada e carece de critérios para quase todos os níveis de pessoal. Os profissionais de enfermagem, por exemplo, que constituem o maior contingente na rede hospitalar, estão insatisfeitos com a profissão, principalmente devido aos baixos salários (Santos, 1992). É preciso compreender que não se podem melhorar os padrões de assistência à saúde sem a dedicação e a completa motivação desses profissionais. Algumas instituições parecem preocupar-se apenas com o corpo clínico, esquecendo o consumidor e os profissionais que executam as tarefas que mais contribuem para a melhoria dos padrões de qualidade do cuidado médico, como é o caso do corpo de enfermagem.

Portanto é chegado o momento de adotar uma estratégia para aperfeiçoar o gerenciamento das organizações de saúde, já que é notório o fracasso gerencial. Muitos proprietários de hospitais, por exemplo, se esforçaram para buscar o lucro imediato e perderam a oportunidade de melhorar a qualidade do treinamento médico e a eficiência de suas organizações, através de modelo gerencial moderno. No setor público, a predominância de práticas clientelísticas contribuiu para generalizar a incompetência, já que muitas funções executivas são ocupadas por pessoas sem a qualificação apropriada, seja na área médica, seja na área gerencial.

Esses fatos são suficientes para demonstrar que o fracasso gerencial gerou a desordem organizacional, criando uma situação tão caótica, que o hospital de hoje, no Brasil, é visto com suspeita, ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos. Ao que parece, a filosofia empresarial na área de saúde seguiu rumos diferentes da mentalidade existente nas empresas comerciais e industriais, que parecem ter enfatizado mais o aprimoramento da qualidade de seus produtos e a importância do consumidor. Os aspectos da burocracia profissional no setor saúde devem ter contribuído para esse atraso. Contudo, forças internas e externas serão responsáveis por futuras mudanças, criando talvez o momento propício para uma melhoria gerencial do setor.

4. Fatores de mudança

As pressões e ansiedades impostas por alguns fatores, tais como competição, exigências do consumidor, sistemas de valores e definição do produto hospitalar, estão deixando as organizações de saúde numa posição de incerteza (Leebov & Scott, 1990), tornando a função administrativa cada vez mais difícil. É nesse contexto que será necessário desenhar um novo modelo gerencial para essas instituições, considerando os principais fatores que, cedo ou tarde, irão impulsionar mudanças na área administrativa.

Portanto, para enfrentar as adversidades e incertezas, torna-se necessário o envolvimento de especialistas médicos, enfermeiros e outras categorias profissionais na área gerencial, a fim de formar uma combinação adequada de capital humano capaz de atender tanto à autonomia profissional como aos objetivos organizacionais (Lorsch & Mathias, 1987).

Aumento de competição

O desafio da competição vai surgir de forma acelerada nas organizações de saúde, principalmente no setor hospitalar, dada a pressão por qualidade, serviço, tecnologia e preço. Da mesma forma que as empresas comerciais e industriais lutam por fatias de mercado, o mesmo vai acontecer com as instituições de saúde, já que não irão continuar eternamente protegidas pelo Estado, que define até a quota de pacientes para cada uma delas. Se forem privadas, a mão invisível do mercado é que determinará seu sucesso.

Se o objetivo principal de uma empresa industrial é o crescimento, as organizações de saúde devem ter por objetivo principal a recuperação da saúde das pessoas, da maneira mais humana possível, empregando a tecnologia mais adequada. Assim, a sobrevivência dessas instituições, sejam públicas ou privadas, nesse complicado e delicado processo de produção, dependerá também de um excedente de lucro adquirido num ambiente de competitividade acentuada. Daí a importância de definir a estratégia de participação e envolvimento dos membros da organização na esfera gerencial para enfrentar suas peculiaridades, bem como outras pressões internas e externas.

Aumento das exigências do consumidor

Acredita-se que nenhum consumidor brasileiro seja mais maltratado do que o consumidor de serviços de saúde. Isto pode ser exemplificado pela assistência prestada em algumas unidades, como as enfermarias de muitos hospitais, que não dispõem das mínimas condições para o cuidado médico. Infelizmente, por falta de transparência, o nível alarmante de contaminação em muitas dessas instituições não é divulgado para o conhecimento público.

Porém, a cada dia que passa o consumidor tende a tornar-se mais exigente e informado da qualidade do produto consumido. O país está se modernizando e democratizando, criando leis que protegem o consumidor. Algumas instituições já reconhecem que as práticas condenáveis e indevidas de alguns hospitais e profissionais médicos, por exemplo, estão causando suspeitas para uma população que, às vezes, busca até um cuidado alternativo. O consumidor já começa a testar as organizações de saúde com algumas expectativas, as quais deverão ser atendidas da melhor forma possível. Hoje já não é difícil formular ações judiciais contra qualquer tipo de instituição.

Conseqüentemente, se a qualidade dos serviços não for melhorada o mais rápido possível, as exigências do consumidor irão certamente eliminar algumas instituições do mercado. O mercado na área de serviço de saúde é abundante, mas vai ter que se ajustar a um mínimo de critérios para sobreviver, sobretudo a partir da criação de mecanismos de transparências e competição.

Definição do produto hospitalar

Já foi o tempo em que os hospitais eram pagos pelo que faturavam, ou seja, pelo custo. Hoje, o pagamento por procedimento ou diagnóstico exige mudança de gerenciamento, já que se pode estabelecer o produto hospitalar (Rodrigues Filho, 1989 e 1990).

Através de uma razoável definição do produto hospitalar, as instituições de saúde, em muitos países, estão desenvolvendo sistemas de custos para medir o desempenho de suas atividades. Infelizmente, a rede hospitalar brasileira não se modernizou em termos da criação de sistemas de custos condizentes com a metodologia de pagamento dos serviços prestados, já adotada pelo governo federal há muitos anos.

Assim, as tentativas de definição do produto hospitalar vão afetar drasticamente a administração financeira dessas instituições, já que diversos mecanismos de controle serão introduzidos, a exemplo da nova sistemática de pagamento por procedimento, que universalmente está se tornando um instrumento de eficiência.

Ao que parece, a proteção dada pelo Estado brasileiro ao setor hospitalar tem sido maior do que a proteção dada ao consumidor dos serviços. Mas, com maior transparência, modernização e democratização da sociedade, o consumidor brasileiro começa a reivindicar uma série de direitos até há pouco não amparados por lei. Por essa razão, algum tipo de controle terá que ser exercido, a fim de que seja explicitado o que essas organizações produzem.

É sabido que, muitas vezes, o pagamento feito pelo governo aos hospitais por determinado procedimento é inferior ao custo. Nessas circunstâncias, para compensar perdas, muitos hospitais aumentam o número de internações, muitas delas desnecessárias, e diminuem a quantidade de insumos gastos para o tratamento do paciente, comprometendo

assim a qualidade do serviço prestado. Não havendo mecanismos de controle e exigências de qualidade por parte do governo e dos hospitais, a população é a única prejudicada.

Valores da força de trabalho

Os valores da classe trabalhadora estão mudando em todo o mundo. A lealdade do trabalhador está sendo muito afetada em função de seu salário. Além disso, outros atributos motivacionais devem ser considerados pelos que ocupam função gerencial em qualquer tipo de organização. As formas de administração participativa e de descentralização de poder terão papel muito importante numa nova estrutura organizacional. Em resumo, os novos valores da classe trabalhadora começam a influenciar as atuais estruturas organizacionais.

5. Conclusão

A complexidade e as peculiaridades das organizações de saúde criam obstáculos para o desempenho do processo gerencial. Observou-se a sensível relação existente entre o gerente ou administrador de saúde, que é um "homem organizacional", e os médicos, que se preocupam basicamente com seus interesses profissionais. Por outro lado, a organização não funciona sem a presença dos dois.

Portanto o grande problema do gerente de serviços de saúde é a integração e a coordenação das diversas atividades das organizações denominadas burocracia profissional. O envolvimento e o treinamento, principalmente dos médicos, é indispensável à criação de um novo modelo gerencial e ao aperfeiçoamento organizacional do setor, que requer uma combinação das diversas profissões, não só para alcançar os objetivos organizacionais, mas também para manter a autonomia profissional.

Não há dúvidas de que, no Brasil, a falta de gerenciamento foi em parte responsável pelo desgaste do setor saúde. Os administradores de saúde, tanto do setor público quanto do privado, não possuem a qualificação adequada e, por outro lado, não existe uma política de formação de recursos humanos para a área gerencial, ao contrário do que acontece em países desenvolvidos. Assim sendo, a desordem organizacional e a falta de controle são evidentes em todos os tipos e níveis de instituições de saúde. Sem o treinamento de milhares de gerentes de saúde para funções executivas, é difícil criar uma filosofia gerencial que tenha como objetivos principais a melhoria da qualidade do serviço prestado, a eqüidade e a eficiência.

A falta de instrumentos de controle e a improvisação em áreas administrativas de grande relevância criaram uma desordem organizacional tão transparente, que o próprio consumidor já suspeita da qualidade do serviço prestado por muitas instituições. Evidentemente, a organização que não enfatiza a qualidade de seu produto não tem o que controlar. O controle de qualidade é um dos instrumentos utilizados pelas organizações que procuram se diferenciar no mercado. Por outro lado, não existe controle onde não existem informações. No caso das empresas hospitalares, por exemplo, a principal fonte de informação é o prontuário médico, considerado o documento mais importante do setor de arquivo médico. Por incrível que pareça, em muitos hospitais brasileiros esse setor inexiste, apesar de sua importância como fonte de informações gerenciais. Aliás, a organi-

zação de uma empresa hospitalar pode ser facilmente avaliada pelas instalações de seu arquivo médico. Se forem precárias, como em geral o são, o caos é mais regra do que exceção em termos organizacionais, uma vez que não existem informações necessárias para a criação de instrumentos de controle.

Como se viu, a função administrativa não faz parte do esquema funcional de algumas instituições. Por essa razão, qualquer sistema de controle é visto como uma ameaça a alguns interesses, pois, quanto mais for possível esconder o que pode contrariar a comunidade, melhor.

A indústria brasileira de saúde terá de se convencer de que, sem a criação de modelos gerenciais apropriados, será impossível enfrentar uma era de mutações constantes, tanto no campo social quanto no econômico. Assim sendo, além da determinação de uma política de treinamento na área gerencial, principalmente para os profissionais médicos já envolvidos em funções executivas, outras medidas deveriam ser tomadas para combater a incompetência administrativa e estabelecer um mínimo de critérios e exigências para os que forem designados para ocupar cargos de decisão na administração do setor saúde.

O esforço conjunto dos setores público e privado e dos órgãos de representação profissional — tanto na área médica quanto na de outras profissões, como enfermagem e administração — deverá determinar um mínimo de qualificação para os administradores do setor saúde. Porém, até que seja criado um mínimo de competência gerencial, alguns critérios devem ser estabelecidos para evitar que pessoas sem a qualificação adequada tomem decisões de importância relevante, sobretudo no tocante à utilização dos recursos públicos.

Alguns fatores referentes a competição, exigências do consumidor, mecanismo de pagamento e valores da classe trabalhadora contribuirão para acarretar drásticas mudanças no setor saúde, podendo inclusive eliminar do mercado instituições com práticas inapropriadas. Uma possível reversão no processo de alocação de recursos de saúde (ações curativas/preventivas) poderá levar o setor a mudar a composição de serviços prestados. Diante dessas mudanças exige-se uma estratégia gerencial que aparentemente não está sendo percebida pelos dirigentes da área de saúde.

Portanto, sem uma mudança radical da mentalidade empresarial no setor saúde — que preferiu o lucro imediato em detrimento da qualidade do serviço prestado — e das ambições profissionais colocadas acima dos objetivos organizacionais, será difícil criar um sistema de saúde com estruturas organizacionais sólidas e merecedoras da proteção social. A crise no setor saúde tem, é claro, dimensões mais profundas, principalmente no campo político. Mas é nos momentos de crise, e não de abundância, que os aspectos gerenciais tornam-se transparentes e evidentes. Mesmo assim, os dirigentes do setor parecem não ter percebido que é preciso formular uma estratégia gerencial, o mais rápido possível, para acompanhar o ritmo das mudanças causadas pelo desenvolvimento da ciência e da tecnologia, e para enfrentar as adversidades e crises de dimensões ainda imprevisíveis.

Por essas razões, a recuperação de um setor bastante desgastado socialmente e as respostas aos problemas da sociedade dependerão de uma estratégia que venha a exigir o esforço conjunto e imensurável de todos os profissionais, em nível organizacional, interessados em satisfazer os interesses de todos e oferecer "saúde para todos".

Referências bibliográficas

Barros, F. C.; Vaughan, J. P. & Victora, C. G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and Planning*, *1*:19-29, 1986.

Boissoneau, Robert. *Health care organization and development*. Rockville, Maryland, Aspen System Corporation, 1986.

Brady, Sister Jane Frances. A power struggle in the department of surgery. In: *Hospital administrator-physician relationships*. v. II: *Case studies in health administration*. St. Louis, C. V. Mosby, James O. Hepner, 1980.

Engel, Gloria V. The effect of bureaucracy on the profissional autonomy of the physicians. *Journal of Health and Social Behavior*, *10*(1):30-41, 1969.

Fogel, D. S. The uniqueness of a professionally dominated organization. *Health Management Review*, *14*(3):15-24, 1989.

Green, Stephen. Professional/bureaucratic conflict: the case of the medical profession in the National Health Service. *Sociology Review*, *23*:121-41, Feb. 1975

Harris, J. E. The internal organization of hospitals: some economic implications. *Bell Journal of Economics*, *8*: 467-82, Autumn 1977.

Herzlinger, Regina E. The failed revolution in health care — the role of management. *Harvard Business Review*, *67*(2): 95-103, 1989.

Hillman, A. L. et alii. Managing the medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, *315*: 511-2, 1986.

Keith, Sister Judity Marie. Anesthesiologist vs. administrator: a class power struggle. In: Hospital administrator-physician relationships. v. II: *Case studies in health administration*. St. Louis, C.V. Mosby, James O. Hepner, p. 303-6, 1980.

Kovner, Anthony R. *Really trying — a career guide for the health services managers*. Ann Arbor, Michigan, Aupha Press, 1984.

Landaman, J. *Evitando a saúde e promovendo a doença*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982.

Leebov, Wendy & Scott, Gail. *Health care managers in transaction — shifting roles and changing organizations*. Oxford, Jossey-Bass, 1990.

Lorsch, Jay W. & Mathias, Peter F. When professionals have to manage. *Harvard Businness Review*, *65*(4):78-83, 1987.

Reed, R. R. & Evans D. The desprofissionalization of medicine. *Jama*, *258*:3.279-87, 1987.

Rodrigues Filho, J. A distribuição dos recursos de saúde no Brasil — a administração da desigualdade. *Revista de Administração de Empresas*, *27*(3):52-7, 1987a.

———. Urban hospital cesarean section delivery rates in Paraíba state, Brazil, 1977-81. *American Journal of Public Health*, *78*(6): 704-5, 1987b.

———. Hospital utilization and reimbursement method in Brazil. *The International Journal of Health Planning and Management*, *4*(1):3-15, 1989.

———. O método de pagamento hospitalar no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, *24*(4):78-86, 1990.

Santos, Sérgio Ribeiro. *Motivação no trabalho do enfermeiro — fatores de satisfação e insatisfação*. João Pessoa, 1992. (Dissertação de Mestrado.)

Smith, H. L. Two lines of authority: the hospitals dilemma. *Modern Hospital*, *84*:59-64, Winter 1955.

World Bank. *Brazil public spending on social programs: issues and options*. Washington, D.C., 1988. v.1.