

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a oferta de serviços públicos de saúde é, historicamente, um ponto crítico para o Estado e a população. É previsto, no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que a saúde é “um direito de todos e um dever do Estado”. Entretanto, o Estado brasileiro vem demonstrando sinais de dificuldade de atender ao princípio constitucional. Isso se evidencia pela precarização do acesso aos serviços de saúde e pela insatisfação dos usuários.

Assim, a crise dos Serviços Públicos nos anos 80 do Século XX e a grande aceleração da globalização na economia impuseram, em todo o mundo, a redefinição das funções do Estado e da sua burocracia. Antes da integração mundial dos mercados e dos sistemas produtivos, os Estados podiam ter como um de seus objetivos principais proteger as respectivas economias da competição internacional. Hoje as possibilidades de continuar a exercer esse papel diminuíram, o seu novo papel é o de facilitar que a economia nacional se torne internacionalmente competitiva. (BRESSER PEREIRA, 1996) Além disso, se tornou questão de grande importância para o Estado a repercussão de suas ações nas áreas sociais através de suas Políticas de Saúde.

A administração burocrática clássica, baseada no princípio do mérito profissional e desenvolvida por Max Weber, tentou ser implantada no Brasil na reforma administrativa de 1936, com o objetivo de substituir a administração patrimonialista, na qual o patrimônio público e o privado eram confundidos.

Na gestão dos serviços públicos, a discussão nos anos 80 era que a administração burocrática não garantia rapidez, boa qualidade, nem custo baixo para os serviços prestados ao público. Ela demonstrou-se lenta, cara e auto-referida, além de pouco ou nada orientada

para o atendimento da demanda dos cidadãos. A busca da eficiência tornou-se essencial, gerando uma revolução na administração pública nos países centrais em direção a uma administração gerencial¹ – que teve como marco o trabalho de Osborne & Gaebler (1997) – com as seguintes características: (a) descentralização política, (b) descentralização administrativa, (c) organizações com poucos níveis hierárquicos, (d) confiança limitada nos gestores, e não desconfiança total, (e) controle por resultados (*ex post*), (f) administração voltada para o atendimento aos cidadãos. (BRESSER PEREIRA, 1996)

No contexto de reforma do aparelho do Estado, os serviços de Saúde são considerados por Bresser Pereira (1996) como *serviços não-exclusivos do Estado*, como definido no Plano Diretor de Reforma do Estado de 1995:

Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem "economias externas" relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos desse setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. (BRASIL, 1995, p. 20)

De acordo com o autor, a execução dos serviços de saúde deve ser de propriedade predominantemente pública, não-estatal, por não haver necessidade do envolvimento do poder do estado enquanto prestador de serviços. O modelo híbrido de prestação de serviços de saúde proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS) permite, inclusive, que o setor público compre serviços de saúde da iniciativa privada, de modo complementar, tendo preferência pelas entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. (BRASIL, CF 1988)

¹ No Brasil, a primeira tentativa de modernizar o aparelho do Estado, dentro dos moldes gerencialistas, ocorreu ainda no período da Ditadura Militar, em 1967, com a promulgação do Decreto-Lei 200. Porém, a tentativa fracassou, aparentemente devido ao fato de que, ao invés de se desenvolver os princípios gerencialistas, o regime militar “optou” por não desenvolver carreiras de administradores públicos – que seriam as molas propulsoras para o desenvolvimento do profissionalismo no serviço público – para promover o desenvolvimento de administradores de empresas estatais, enfraquecendo o núcleo do governo.

O Plano Diretor da Reforma do Estado elaborado em 1995, prevê o que segue:

- Transferir para o setor público não-estatal esses serviços (*os serviços de saúde*), através de um programa de "publicização", transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito à dotação orçamentária.
- Lograr, assim, uma maior autonomia e uma, conseqüentemente maior, responsabilidade para os dirigentes desses serviços.
- Lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social.
- Lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações.
- Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor. (BRASIL, 1995, p. 23)

Antes da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988, a atenção à saúde estava ligada ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), fazendo com que a baixa qualidade dos serviços de saúde, caracterizada pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda, e a dificuldade do acesso fossem as principais características da implementação das políticas públicas no Brasil. Como conseqüência, a complementaridade do setor privado ao SUS foi transformada em uma atividade hegemônica e privada, atingindo 74% dos leitos hospitalares do país geridos pelo setor privado. (MELO & TANAKA, 2001)

No âmbito dos Serviços de Saúde do Estado da Bahia, o processo de modernização gerencial acompanhou as reformas sugeridas por Bresser Pereira (1995), com um movimento interno em favor da terceirização da gestão hospitalar, distanciando-se, no entanto, das organizações sociais previstas do documento de Reforma do Aparelho do Estado.

O desvio ocorrido do direcionamento para as Organizações Sociais se deu em decorrência do engessamento da atuação destas, devido a determinados aspectos previstos na Lei 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais. Nesta Lei estava prevista como condição para o funcionamento da Organização

Social, a presença de representantes do poder público nos Conselhos Administrativo e Curador da mesma, sendo que estes teriam a competência de escolher, designar e dispensar membros da Diretoria dos órgãos ‘publicizados’, ou seja, submetidos ao contrato de gestão. A Lei 7.027/97, em seu art. 5º, discorre sobre a “previsão de participação, nos órgãos colegiados de deliberação e fiscalização superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade de notória capacidade profissional e idoneidade moral, nos termos desta Lei”. Na Seção II da mesma Lei, que explana a composição e competência dos Conselhos de Administração ou Conselho Curador (órgão de deliberação superior), Conselho Fiscal (órgão de fiscalização superior) e Diretoria (órgão de direção) previstos na mesma, após determinar, no artigo 8º, o quantitativo de representantes do Poder Público, determina, no artigo 9º, inciso V, que compete ao Conselho de Administração ou ao Conselho Curador “escolher, designar e dispensar os membros da Diretoria”, além de “fixar a remuneração dos membros da Diretoria”.

Assim, tornava-se difícil firmar um contrato de gestão, que teoricamente tinha como princípio básico a flexibilidade, sob tão grandes “entraves” advindos da participação direta do órgão público nas decisões estratégicas internas.

A Lei 7.027 foi revogada e substituída pela Lei 8.647, de 29 de julho de 2003, na qual os órgãos Deliberativo, de Fiscalização e Executivo têm sua composição e mandato definidos no Estatuto da entidade. A Lei 8.647 manteve as diretrizes básicas para o Programa Estadual de Organizações Sociais, quais sejam:

- I. Adoção de critérios que assegurem a otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão;
- II. Promoção de meios que favoreçam efetiva redução de formalidades burocráticas para o acesso aos serviços;
- III. Adoção de mecanismos que possibilitem a integração, entre os setores públicos do Estado, a sociedade e o setor privado;
- IV. Manutenção de sistema de programação e acompanhamento de suas atividades que permitam a avaliação da eficácia quanto aos resultados. (BRASIL, 2003, p. 1)

Entre 1997 e 2003, período decorrido entre a promulgação da primeira Lei sobre o Programa Estadual das Organizações Sociais (Lei 7.027/97) e a segunda (Lei 8.647/03) o Estado da Bahia manteve o ideal modernizador da Reforma do Estado. A maneira encontrada para dar continuidade aos preceitos gerencialistas se deu através das Terceirizações. A este momento, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia optou pela terceirização por considerar o modelo de gestão terceirizada mais flexível e eficiente na prestação de serviços de saúde no âmbito hospitalar, além da necessidade de ampliar a oferta de serviços e reduzir as dificuldades relacionadas à contratação imediata de profissionais. Até o final de 2001, onze hospitais se encontravam sob a administração de empresas privadas contratadas para gerenciá-los. (BAHIA. Secretaria de Administração, 2002)

Diante das perspectivas da Reforma do Estado, preconizadas pelo extinto Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE), as terceirizações, que foram foco do Governo do Estado da Bahia, são analisadas neste trabalho à luz da abordagem do Novo Gerencialismo, visto que as unidades hospitalares, por se constituírem em um serviço não-exclusivo do Estado, têm que, de acordo com o Plano Diretor da Reforma do Estado, “atender milhões de cidadãos com boa qualidade a um custo baixo”, devendo perseguir o princípio da eficiência. Assim, os hospitais terceirizados têm como objetivo se tornarem mais flexíveis, transparentes e eficientes através da administração gerencial.

Neste contexto, tendo como objeto de estudo os Modelos de Gestão Hospitalar Burocrático e Terceirizado no Estado da Bahia, surge o problema de pesquisa que consiste no que segue: Em que medida o Modelo de Gestão Burocrático ou Terceirizado influencia na utilização de práticas contemporâneas de gestão² nos hospitais públicos do Estado da Bahia?

As organizações hospitalares do Estado da Bahia são o *locus* desta pesquisa, que tem

² Entende-se por Práticas Contemporâneas de Gestão aquelas advindas do Novo Gerencialismo, práticas administrativas no campo das Finanças, Administração de Materiais e Gestão de Pessoas, além das que são implantadas através das Leis 8.080/90, 8.142/90 e Normas Operacionais do SUS.

como objetivo geral conhecer o grau de profissionalização dos administradores dos hospitais do Estado da Bahia e em que medida os Modelos de Gestão adotados nos Hospitais Públicos influenciam na utilização de práticas contemporâneas de gestão nas instituições estudadas.

São objetivos específicos:

- a. Descrever o perfil dos diretores e gerentes hospitalares intermediários nos hospitais traçando um paralelo com modelo de gestão adotado;
- b. Identificar as características específicas dos diferentes Modelos de Gestão nestes Hospitais à luz do referencial teórico da Burocracia e da abordagem do Novo Gerencialismo, enfocando a terceirização.
- c. Analisar se a mudança do modelo de gestão, de Burocrático para Terceirizado, influencia na adoção de práticas contemporâneas de gestão nos hospitais estudados.

A hipótese deste trabalho é de que o modelo de gestão Terceirizado influencia positivamente a utilização de práticas contemporâneas de gestão e a profissionalização dos diretores e gerentes hospitalares intermediários.

Por perfil do gestor entende-se a formação acadêmico-profissional à qual é submetido, considerando-se especificamente a graduação e/ou pós-graduação em áreas da Administração e correlatas.

Por modelo de gestão entende-se a maneira como se administra toda a estrutura de uma organização, levando-se em consideração os seus níveis administrativo e operacional. Para Mattos (1991) é imprescindível que, ao construir o modelo de gestão – ao gerenciar – leve-se em consideração a relação existente entre “a empresa e seu ambiente”, visto que é apenas assim que será possível orientar o incremento do desempenho como resposta às demandas atuais, antecipando as futuras ameaças e oportunidades.

Guerreiro Ramos (1983) *apud* Mattos (1991), considera que a estrutura da organização é formada por três subsistemas ou elementos:

- ❖ Estruturais: internos - estrutura empresarial, métodos e processos de trabalho; externos - pressões locais, da sociedade nacional e mundial.
- ❖ Aestruturais: recursos materiais, fatores humanos e coletivos (valores, ritos, tabus, etc.).
- ❖ Estruturantes: articulação entre os dois elementos anteriores, decisões políticas, administrativas, técnicas e operacionais.

O modelo de gestão, portanto, é a forma como se administra estes três elementos com vistas a atingir eficiência, eficácia e efetividade, que são os referenciais que irão fornecer indicações acerca das conseqüências das atitudes do gestor.

A motivação para a realização deste trabalho veio de experiências da autora em organizações prestadoras de serviços de saúde, gerenciadas por profissionais da área sem qualquer experiência ou especialização em Administração. Nesta experiência observou-se que o acompanhamento da evolução das organizações de saúde após a contratação de uma consultoria especializada, bem como a contratação de profissionais qualificados para gerenciarem as áreas administrativo-financeiras provocaram mudanças. Isto despertou na autora o interesse por um estudo mais aprofundado da profissionalização da gestão de hospitais, visto que, cultural e historicamente, os serviços de saúde são administrados por profissionais médicos. O caso específico do Estado da Bahia, onde a terceirização pressupõe a contratação de profissionais especializados para as áreas administrativas, e a inserção da autora num projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos modelos de gestão dos hospitais públicos no Estado da Bahia na perspectiva de implementação do Modelo Assistencial de Vigilância à Saúde”, contribuíram para o interesse em realizar este estudo.

Além disso, a motivação advém da convicção da importância do trabalho interdisciplinar, que no setor saúde se torna imprescindível devido à variedade de

profissionais envolvidos na oferta de serviços e às especificidades dos processos envolvidos, o que pode contribuir para elevar os ganhos sociais e benefícios dos serviços de saúde mediante profissionalização da gestão.

Observando-se o Relatório da Secretaria de Administração “**O processo de modernização do Estado da Bahia: os avanços de uma década 1991 – 2001**” (BAHIA, 2002), identificou-se que não há estudos comparativos suficientes que comprovem a relevância e efetividade das Terceirizações através do incremento da qualidade e redução esperada de custos decorrentes do incremento da profissionalização, sendo este estudo relevante na realização de uma análise avaliativa das mudanças em curso.

O interesse específico no setor público advém da crença da autora em que o mesmo pode oferecer serviços de saúde de qualidade e atender às expectativas e necessidades de saúde da população, sendo necessário, para tanto, que haja o real interesse do Estado e dos tomadores de decisão na profissionalização, coordenação e controle para garantir eficiência, eficácia e acesso aos serviços.

Os resultados desta dissertação poderão contribuir para a melhoria da gestão dos serviços de saúde e para discutir as conseqüências das mudanças na administração pública no setor saúde no Estado da Bahia após a Reforma do Estado. Ademais, servirão como base para a avaliação da gestão pública no que diz respeito à administração direta e terceirizada de serviços, visto que a ineficiência e ineficácia da oferta de serviços públicos, não apenas no setor saúde, mas de maneira geral, é atribuída a falhas na máquina administrativa do Estado.

O trabalho é de grande relevância quando no momento de Reforma do Estado são adotados modelos de gestão de forma incipiente, sem avaliações sobre as condições nas quais está se repassando o patrimônio público para a gestão pela iniciativa privada. Além disso, possibilita uma análise aprofundada sobre a formação e competências essenciais neste setor da administração pública.

A importância deste estudo reside, também, no fato de complementar os trabalhos de avaliação desenvolvidos pelo governo do Estado da Bahia e, através da comparação entre os diferentes Modelos de Gestão, o que pode permitir a realização de uma análise mais aprofundada acerca da continuidade do processo de terceirização da gestão hospitalar no Estado da Bahia.

Esta dissertação se organiza em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta os aspectos característicos do modelo de gestão denominado “Burocracia”, seu desenvolvimento e crise no Brasil e no mundo, e discorre sobre as abordagens do Novo Gerencialismo – que se encontra no bojo das premissas de Reforma do Estado – e o advento das Terceirizações. No segundo capítulo, discutem-se as especificidades dos Serviços de Saúde, dando um enfoque para as especificidades dos serviços públicos, analisando-os à luz do marco teórico da burocracia e do novo gerencialismo. O terceiro capítulo apresenta a Trajetória Metodológica. O quarto capítulo é dedicado à Análise de Resultados e, por fim, são apresentadas as Conclusões.

2. MODELOS DE GESTÃO NO SERVIÇO PÚBLICO – DA BUROCRACIA AO NOVO GERENCIALISMO

A evolução do pensamento administrativo, privado e público, é fortemente marcada pelos altos e baixos da economia mundial e pelas crises, ora atribuídas ao Estado, ora atribuídas ao Capitalismo. Grande parte das teorias de administração se desenvolve em meio a contextos econômicos, organizacionais e, inclusive, sociais, conturbados. Ao longo dos tempos, são reformulados ou criados novos paradigmas, com diferentes enfoques, que têm a sua primeira manifestação na estrutura – a exemplo da construção teórica da Burocracia desenvolvida por Max Weber – e passam por pessoas, tecnologia e até ambiente, havendo atualmente representantes que se aprofundam em aspectos subjetivos do ser humano nas organizações.

Este capítulo tem como objetivo discutir a transição de modelos de gestão no âmbito Estatal, tendo como base a burocracia (que predominou desde fins do século XIX, quando foi desenvolvida por Weber), suas crises no mundo e também no Brasil, e sua “evolução” para os ensinamentos em voga em fins do século XX e início do século XXI, o denominado Novo Gerencialismo. Este último já foi implantado em países como Inglaterra e Estados Unidos e, desde 1995, com o advento da Reforma do Aparelho do Estado, vem sendo implantado no Brasil.

Inicialmente são apresentadas as características e a importância da Burocracia como modelo de gestão no mundo e no Brasil, além do seu desenvolvimento e crise. Posteriormente são discutidas as “novas” abordagens referentes à gestão, com enfoque no Novo Gerencialismo, que vem substituindo o modelo burocrático de gestão em alguns países centrais. Em seguida apresenta-se o modelo terceirizado de gestão, representante, no contexto

baiano, do Novo Gerencialismo, para, enfim, focar o modelo de gestão terceirizado no serviço público, advento que vem sendo utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, com o argumento de otimização da gestão e redução de custos, além de melhoria da oferta de serviços de saúde à população.

2.1 INTRODUÇÃO À BUROCRACIA DE MAX WEBER

As burocracias já existem desde a Antigüidade. De acordo com Prestes Motta e Bresser Pereira (1981), Weber considerava que o Império Novo Egípcio (1580-712 a.C.) se constituiu como modelo de burocracia para os demais. O Império Romano, o Estado Bizantino, o Império Chinês, os Estados Europeus organizados a partir do fim da Idade Média e a Igreja Católica, já se constituíam como burocracias em seu tempo, esta última considerada como a mais antiga das burocracias ainda hoje existente. Freund (1980, p. 25) afirma que “as antigas burocracias tinham caráter essencialmente patrimonial, isto é, os funcionários não gozavam das garantias estatutárias atuais, nem de remuneração em espécies”. Todos estes modelos organizacionais, com suas disfunções que os afastam do “tipo ideal” de burocracia, constituem-se em sistemas sociais nos quais a administração é formalizada o suficiente para se incluírem entre as organizações burocráticas.

Apesar de possuir uma longa história, o estudo da burocracia só se tornou importante a partir do momento em que a unidade básica do sistema de produção deixou de ser a família para dar lugar à organização burocrática. Isso ocorreu a partir de fins da Idade Média, quando o método produtivo preponderante deixa de ser agrícola ou artesanal (tipicamente familiar) para dar lugar às empresas e ao Estado Moderno. É, então, que o patrimônio, as receitas e

despesas familiares são separados das finanças das organizações.

Entretanto, as verdadeiras organizações só irão surgir um pouco depois, com o grande desenvolvimento das Sociedades Anônimas – representadas pelas empresas globalizadas, de capital aberto – e a perda, cada vez mais incipiente, do caráter patrimonialista das organizações, o que vem a acontecer depois da Revolução Industrial com a necessidade de profissionalização que visava o incremento dos lucros. O mundo moderno passa a ser um mundo de organizações. (PRESTES MOTTA E BRESSER PEREIRA, 1981)

A transição das organizações que tinham como base os sistemas familiares para as organizações burocráticas dá-se ao mesmo tempo em que evolui o sistema capitalista. Deste processo surge a necessidade de exercer controle sobre o proletariado, já que as organizações deixam de ter sua linha de produção no quintal de casa para serem aglomerados organizacionais, grandes indústrias que envolvem a participação de milhares de funcionários.

De acordo com Freund (1980) a burocracia que conhecemos desenvolveu-se concomitantemente à economia financeira moderna. Entretanto, não se pode, necessariamente, estabelecer um vínculo de causalidade, visto que outros fatores podem influenciar, a exemplo da racionalização do direito, da importância do fenômeno de massa, da centralização crescente (*de poder e recursos*) decorrente das facilidades de comunicação em massa e dos aglomerados empresariais, entre outros.

Prestes Motta (1991) defende que o Estado atua como grande organização burocrática controladora da sociedade moderna, a qual passa a apresentar determinadas características que a fazem assumir a forma de uma sociedade burocrática: a maioria da população é assalariada e integrada em organizações impessoais, em “pirâmides de cargos”; o trabalho não possui significação intrínseca; as necessidades dos indivíduos são manipuladas, se aprende a viver não em sociedade, mas sim em organizações; etc.

O principal expoente do estudo da sociedade e das organizações burocráticas foi Max

Weber (1864 -1920). O pensador, em sua formação acadêmica, dedicou-se simultaneamente à economia, à história, à filosofia e ao direito, dedicando grande parte de seus estudos à análise da inserção do homem na sociedade (a qual denominava como sociedade Burocrática), levando em consideração a participação da religião e aprofundando-se na análise Estado *versus* Política.

A evolução do pensamento weberiano se dá em meio a acontecimentos marcantes da política alemã. Em meados de 1917, de acordo com Wright (1981), Weber acreditava que a política alemã estava sendo conduzida de “maneira totalmente irresponsável e inapta” e sentia a necessidade de compreender as causas de tal direcionamento, pois, em não se alterando esse quadro, a Alemanha permaneceria um país pequeno e conservador, “talvez com ótima administração pública em aspectos puramente técnicos, mas ainda assim com um povo provinciano sem oportunidade de contar na arena da política mundial – e também sem qualquer direito moral a isso” (WRIGHT, 1981, p. 86). Weber se convenceu de que a política alemã estaria fadada ao fracasso se não fossem adequados ao novo momento o aparelho constitucional (que tinha como nó crítico a impotência do parlamento) e a natureza da máquina política através de uma melhora na qualidade da política alemã.

De acordo com Wright (1981, p. 92), Weber acredita que:

Com o desenvolvimento do capitalismo e a complexidade cada vez maior da sociedade, aumenta a necessidade de administração racional tanto quantitativa como qualitativamente. Em consequência, as organizações públicas e privadas tendem a tornar-se cada vez mais burocratizadas.

Dessa forma o poder dos burocratas tende a aumentar, e esse poder vai atingir também as organizações não burocráticas e os “elementos não burocráticos das burocracias”, passando a extrapolar os limites organizacionais. Diante disso, Wright (1981, p. 96), citando Weber, ilustra: “o senhor político sempre se acha, diante de um funcionário experiente, na posição de um amador diante de um virtuoso”. O poder passaria a estar definitivamente nas mãos dos capitalistas, por isso Weber destaca a necessidade de uma reformulação interna do Estado, de

forma a se adaptar e manter o controle, já que, no topo da burocracia estatal deverá haver pelo menos um elemento não puramente burocrático, mas político. Em não se concretizando este fato, permanecendo a alta administração da burocracia estatal nas mãos de burocratas, Weber acreditava que haveria uma forte tendência para que a direção política da burocracia fosse irresponsável e ineficiente, sobretudo em tempos de crise e que fosse maximizada a influência de grandes capitalistas por trás dos bastidores no funcionamento da burocracia estatal, comprometendo a “qualidade política” da administração. (WRIGHT, 1981)

“A essência da política”, escreve Weber, “é a luta”: luta pelos fins e pelo poder de realizar os fins. A liderança política eficaz e responsável consiste em saber como avaliar fins concorrentes e conflitantes, negociar acordos “sacrificando o menos importante ao mais importante”, recrutar aliados e formar coalizões em batalhas políticas, etc. (..) Para que a direção política estatal seja eficaz torna-se pois necessário que os altos administradores sejam preparados na arte da política (...). Ineficácia e irresponsabilidade não são os únicos ônus da dominação burocrática incontrolada (...), ela tende a maximizar a influência velada dos grandes interesses capitalistas na administração do Estado. (Wright, 1981, p. 99)

Diante disso, o autor explana que, para os interesses capitalistas a existência de um estado monocrático é o ideal, pois “o chefe monocrático é mais aberto à influência pessoal e mais facilmente manejado”. Para Weber, a solução para a consolidação do Estado burocrático, em paralelo ao desenvolvimento econômico, é que os “políticos profissionais” suplantem os burocratas nos altos postos administrativos. Para tanto, considera essencial a existência de um parlamento forte e atuante, que supervisione a administração mediante participação constante no seu trabalho e dê base para o surgimento e ascensão de “verdadeiros dirigentes, e não apenas talentos demagógicos”.

Percebe-se que existe em Weber a preocupação de que os capitalistas, ou não políticos, assumem o poder por acreditar que estes agiriam de acordo com objetivos pessoais ou de pequenos grupos detentores do poder financeiro em detrimento de políticas econômicas de crescimento do país e em benefício do cidadão. Entretanto, é desconsiderada a possibilidade de políticos agirem no mesmo sentido, acreditando Weber que estes últimos

seriam fiéis às suas responsabilidades eleitorais. Não é isso que se tem observado no exercício da política, já no século XXI, principalmente no que diz respeito ao Brasil.

Apesar desta visão sobre a detenção do poder decisório capaz de dirigir uma nação, Freund (1980) destaca que, de acordo com Weber, não se pode confundir Política com Estado, visto que este último é apenas uma das muitas formas de manifestação da primeira. A política está presente em diferentes aspectos da convivência social, podendo ser identificada, inclusive, no ambiente familiar, empresarial, escolar e até, nas igrejas. Para Weber *apud* Freund (1980, p. 88) o Estado “corresponde ao movimento de racionalização da civilização moderna (...), se define como a estrutura ou agrupamento político que reivindica com êxito o monopólio do constrangimento físico legítimo”, ele vem como tentativa de organização não só da convivência social, mas também administrativa, com o objetivo final de canalizar esforços e finanças para o bem público comum. Assim, a atividade política dentro do Estado consiste em formar, desenvolver, entravar, deslocar ou perturbar as relações de domínio.

Apesar da separação clara entre Estado e Política que Weber tem a intenção de demonstrar, o primeiro não deixaria de ser controlado e direcionado através da segunda, mantendo toda a economia nacional sob o direcionamento do parlamento. O que é questionável é a crença que Weber depositava no Parlamento, defendendo que este agiria de acordo com os três alicerces que levariam ao sucesso: a) supervisão administrativa; b) criação de liderança e; c) Responsabilidade política. Apesar de serem políticos profissionais, são todos seres humanos e, mesmo estando munidos de ferramentas puramente democráticas, o mais provável é que não se fizesse valer a responsabilidade eleitoral e a eficácia política em favor de interesses pessoais ou de pequenos grupos privilegiados.

Para Weber (1999, p. 297), “a ‘dominação’ (...) é um dos elementos mais importantes da ação social”. Freund (1980) aponta que a sociologia política weberiana pode ser qualificada como uma sociologia de domínio e descreve os três tipos, defendidos por Weber,

de dominação legítima:

O primeiro, domínio legal, é de caráter racional: tem por fundamento a crença na validade dos regulamentos estabelecidos racionalmente e na legitimidade dos chefes designados nos termos da lei. O segundo, o chamado domínio tradicional, tem por base a crença na santidade das tradições em vigor e na legitimidade dos que são chamados ao poder em virtude de costume. O terceiro, (...) domínio carismático, repousa no abandono dos membros ao valor pessoal de um homem que se distingue por sua santidade, seu heroísmo ou seus exemplos. (FREUND, 1980, p. 97)

Neste estudo interessa, principalmente, o domínio legal, por ter as seguintes características descritas por Freund (1980): a) o direito vale em virtude de um procedimento racional por finalidade e/ou por valor; b) as regras do direito são as “prescrições técnicas” ou normas que norteiam o domínio legal, sendo a justiça o instrumento para aplicação destas prescrições a casos específicos e a administração protege os interesses nos limites dos órgãos instituídos para tal fim; c) “o domínio legal consiste em um empreendimento contínuo de funções públicas instituídas por leis e distribuídas em competências diferenciadas”. O autor afirma ainda que “a mais típica forma de domínio legal é a Burocracia”.

Como já foi observado, a burocracia vem para legitimar a dominação no sistema capitalista, é apenas mais uma ferramenta de manutenção da luta de classes, já que, de acordo com Prestes Motta (1991), burocracia significa poder, controle e alienação. Contudo, a burocracia se mostra presente nas organizações pré-capitalistas por se constituir em um “sistema de dominação ou de poder autoritário, hierárquico, que reivindica para si o monopólio da racionalidade e do conhecimento administrativo”. (PRESTES MOTTA E BRESSER PEREIRA, 1984). É o modelo de gestão que se apresenta de forma mais racional e atrativa para a obtenção de resultados em termos de organização administrativa, regulamentando as relações sociais e a distribuição de competências intra-organizacionais.

A estratégia capitalista se afigura na sua organização administrativa para a manutenção do processo de acumulação de capital através da adoção de práticas burocráticas que irão garantir aos empresários a disciplina e cooperação dos trabalhadores (PRESTES

MOTTA E BRESSER PEREIRA, 1984).

Freund (1980) detalha os princípios da Burocracia de Weber no Estado Moderno, como segue:

- a) Serviços definidos e competências determinadas por leis e regulamentos. Estes aspectos dão origem a funções divididas e distribuídas que possuem poderes de decisão necessários à execução das tarefas;
- b) Estatuto que protege os funcionários no exercício de suas funções; as pessoas se tornam funcionárias para a vida toda de maneira que “o serviço do Estado vem a ser uma profissão principal e não uma ocupação secundária ao lado de outro ofício”;
- c) Hierarquia das funções, com estrutura monocrática e não colegiada. O sistema administrativo é estruturado por cargos de direção e serviços subalternos;
- d) Recrutamento realizado por concurso, exames ou títulos, exigindo formação especializada. O funcionário é nomeado (raramente eleito) com base na livre seleção e por contrato;
- e) Remuneração feita através de salário fixo, com base no cargo e na responsabilidade. Após a saída do serviço público o funcionário tem direito à aposentadoria;
- f) A autoridade tem direito de controlar o trabalho dos subordinados, podendo ser instituída uma “comissão de disciplina”;
- g) Promoção segundo critérios objetivos e não segundo “livre arbítrio da autoridade”;
- h) Separação completa entre a função e a pessoa que a ocupa: o funcionário não é dono do seu cargo ou dos meios de administração.

O uso destes princípios objetiva atribuir impessoalidade e profissionalismo ao serviço público, substituindo-se o patrimonialismo por uma gestão burocrática. A adoção destes

princípios pelo setor público teria o poder de atrair competências a este serviço. Entretanto, observa-se que, na prática, alguns deles podem levar à acomodação do servidor como, por exemplo, a estabilidade causada pelo estatuto que os protege e os leva a serem funcionários vitalícios.

Prestes Motta e Bresser Pereira (1984) analisam a burocracia não apenas como forma de organização de serviços públicos, mas também denominam como burocracia toda e qualquer empresa, instituição e organização que seja concebida de acordo com características burocráticas – estas são as “organizações burocráticas”. Assim, os autores definem organização burocrática como “todo sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos”, no qual o sentido básico do processo decisório é “de cima para baixo”. Desta forma as definições partem dos mais altos escalões para atingirem as linhas intermediárias e de base.

Os autores ainda discorrem sobre os variados significados do termo burocracia: a) é poder, pois confere àqueles que a controlam uma imensa parcela de poder; b) é a negação da liberdade, visto que, como exposto acima, foi usado pelo sistema capitalista para adequar os trabalhadores às suas necessidades. Além disso, atualmente, a quase totalidade de nossas atividades (sejam de lazer, estudo ou trabalho), está intrinsecamente relacionada a algum tipo de organização burocrática; c) deve-se “percebê-la como organização racional instrumental, caracterizada pelo primado do formalismo, da despersonalização e do profissionalismo”.

Além destas, tem-se a definição popular de burocracia, que significa papelada, número excessivo de tramitações, apego aos regulamentos, ineficiência. Estes são aspectos denotados de falhas na aplicação de práticas da burocracia, chamadas por Robert K. Merton de “disfunções da burocracia”. (PRESTES MOTTA E BRESSER PEREIRA, 1984)

Para este estudo será utilizada a seguinte definição de burocracia, apresentada por Prestes Motta (1991): “é uma estrutura social na qual a direção das atividades coletivas fica a

cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais”.

Pelo senso comum de que a burocracia na verdade é constituída de suas disfunções, pode-se inferir que não existe uma organização que seja concebida estritamente no formato burocrático preconizado por Max Weber. De conhecimento deste fato, os estudos weberianos enfatizam a concepção de um “tipo ideal” de burocracia.

O “tipo ideal” não tem conotação de valor; “é uma abstração através da qual as características extremas desse fenômeno são definidas, de forma a fazer com que ele apareça em sua forma pura”. De acordo com o exposto no parágrafo anterior, nenhuma organização corresponde ao modelo ‘puro’ de burocracia. Este modelo serve como elemento norteador para o estudo do quão as organizações burocráticas se aproximam ou não dele, servindo assim como um indicador. Bresser Pereira e Prestes Motta (1981), citando Weber, apontam que o modelo ideal de burocracia deve ser avaliado através da presença de suas características nas organizações, aceitando-se uma margem de erro para mais ou para menos.

A construção da burocracia é formada através da implementação de cada um dos seus princípios para que se atinja a plenitude do “tipo ideal”. A questão do “tipo ideal” pode ser observada não apenas na burocracia weberiana, mas também em outras escolas do pensamento administrativo: as falhas ocasionadas pelas imperfeições humanas impedem a plena aplicação de lições e ensinamentos, desacreditando modelos que, em teoria, se mostram infalíveis. Em outros casos, não são observados os aspectos subjetivos inerentes ao comportamento e relações humanas, levando ao fracasso a aplicação de muitos ensinamentos.

A burocracia weberiana, de acordo com Prestes Motta (1986), encontra-se na corrente de pensamento administrativo denominada Estruturalismo, que consiste em um método analítico comparativo que considera os fenômenos ou elementos em relação a um todo, analisando o seu “valor de posição”. O estruturalismo possui, portanto, duas características:

uma comparativa e outra totalizante, sendo de grande importância o relacionamento das partes na construção do todo.

Há quatro grupos de tradições estruturalistas: abstrato, concreto, fenomenológico e dialético. A burocracia de Max Weber se insere na corrente fenomenológica na qual a estrutura é um conjunto que tem um sentido e que oferece à análise intelectual um ponto de apoio, mas que ao mesmo tempo não é uma idéia, porque se constitui, se altera ou se organiza frente a nós como um espetáculo. Os tipos ideais de Weber refletem muito bem essa concepção de estrutura e, ao mesmo tempo, não pretendem retratar o real já que “nenhum sistema conceitual pode reproduzir integralmente o real e nenhum conceito reproduz a diversidade de um fenômeno particular” (PRESTES MOTTA, 1986, p. 102).

As idéias centrais da corrente estruturalista se resumem em: a) o Homem Organizacional: na sociedade moderna a presença da organização é marcante, o homem passa a depender dela para viver, tendo que ter presentes na sua personalidade características como: flexibilidade, resistência à frustração, capacidade de adiar as recompensas e desejo permanente de realização. b) Conflitos Inevitáveis: elementos que estimulam e incitam o desenvolvimento, sendo, no campo da administração, inerentes às relações de produção. É através dos conflitos que surgem as grandes soluções de inovações gerenciais. c) Incentivos Mistos: a motivação do homem provém não só de incentivos monetários, mas também daqueles psicossociais. Já no que diz respeito à organização, a corrente estruturalista a vê como “um sistema deliberadamente construído e em constante relação de intercâmbio com seu ambiente”; as relações entre as partes da organização são de grande importância. (PRESTES MOTTA, 1986, p. 104)

Observa-se que Max Weber não desenvolveu uma nova teoria da administração intitulada Burocracia. Os seus estudos são fruto da observação da evolução das organizações patriarcais e patrimonialistas, em busca de otimização e aumento da eficiência, até o modelo

da organização moderna – é o fenômeno da burocratização. A partir disso, Weber (1999) destaca os princípios do “funcionalismo moderno”, quais sejam:

- I. Das competências fixas, que têm como características: a) uma distribuição das atividades necessárias para atingir os objetivos da organização burocrática; b) cargos e regras delimitam os poderes de mando e os meios coativos (físicos, sacros e outros) a serem empregados e c) os funcionários a serem contratados para assumir os cargos devem ter qualificação regulamentada, tudo para que seja assegurada a consecução das atividades e o alcance dos objetivos, que são a garantia da eficiência e produtividade. Estes aspectos representam, na dominação pública, a autoridade burocrática, e na dominação da economia privada representam a empresa burocrática. Podem ser relacionados ao que atualmente conhecemos como delegação de autoridade, visto que o ocupante de cada cargo é ciente de suas atribuições e competências, possuindo, inclusive, regulamentações para o uso do poder que lhe é conferido. Em épocas nas quais a dominação era predominantemente patrimonialista a delegação de poder ocorria momentaneamente, de forma estanque, de acordo com a confiança que se tinha nos vassalos e da necessidade de se delegar tal atividade.
- II. Da Hierarquia de cargos e seqüência de instâncias. Na sua manifestação “ideal” a hierarquia é “monocraticamente organizada”. A cada subalterno é atribuída apenas uma autoridade definida – há um sistema, de mando e subordinação das autoridades, fixamente regulamentado. O fato da delegação de responsabilidades ser oficializada denota a importância da continuidade da execução das atividades atribuídas aos cargos.
- III. A administração moderna baseia-se em documentos, guardando-se sempre uma via como comprovação do envio de informação ou da transferência de responsabilidades ao setor competente. Esse aumento do número de documentos a serem guardados,

além da necessidade de organização destes para a sua fácil localização posterior, gera a necessidade de um quadro de funcionários destinados para este fim, constituindo o “escritório”. Na burocracia, é importante a separação entre “escritório” e “moradia privada”, além da percepção da diferença entre os recursos financeiros e outros meios da organização das posses.

- IV. A burocracia preconiza a especialização profissional para que se assumam cargos, sejam eles em organizações públicas ou privadas. Weber defende a “intensa instrução na matéria” de que se utilizará, para que os objetivos da organização sejam atingidos.
- V. Do “emprego da plena força de trabalho”: estando o cargo plenamente desenvolvido, a atividade requer que os esforços do ocupante do cargo sejam no sentido de que as suas responsabilidades sejam cumpridas no prazo solicitado, independente do tempo de trabalho no escritório estar fixamente delimitado. Para tanto, o funcionário deve estar completamente envolvido com os objetivos da organização, o que fará com que seu comprometimento ultrapasse limites de horário.
- VI. A administração dos funcionários é realizada de acordo com regras, não permitindo diferenciação de ordens/regulamentações para casos especiais, ao contrário do que costumava acontecer no patriarcalismo, quando os privilégios individuais eram predominantes e sua concessão gratuita.

Ainda de acordo com Weber (1999), os princípios enumerados acima acarretam conseqüências para o posicionamento externo e interno do funcionário. O indivíduo passa a agir da forma como é condicionado dentro da organização, extrapolando para suas relações sociais. O autor faz uma análise das conseqüências, especificamente para o funcionário, do seu posicionamento dentro e fora das organizações, sejam elas públicas ou privadas.

Na organização burocrática o cargo é profissão. A ocupação de um cargo exige o

dever de fidelidade para com os objetivos específicos daquela posição na organização, seja esta o Estado, a igreja, comunidade, partido ou empresa. Sendo assim, a fidelidade não estabelece relação com a pessoa, mas se destina a uma finalidade profissional e impessoal, traduzida nos objetivos da organização. Apesar de construir a tipologia do “tipo ideal”, a finalidade objetiva é transfigurada ideologicamente pelos valores culturais de cada um e até mesmo pelo caráter. É importante observar o papel que exerce o comportamento da organização no sentido de conquistar o seu quadro de funcionários/servidores, fazendo assim com que acreditem nos objetivos e se tornem funcionários leais.

De acordo com Weber (1999), a posição pessoal do funcionário dentro da organização assume a seguinte forma:

- a) O comportamento social do funcionário é garantido pelas prescrições referentes à ordem hierárquica ou “por disposições penais essenciais” no caso de funcionários políticos.
- b) A nomeação deve vir de uma instância superior, pois uma eleição democrática modifica o rigor da subordinação hierárquica. Weber acredita ainda que “o funcionário não-eleito, mas nomeado por um senhor, costuma funcionar, do ponto de vista puramente técnico, com maior exatidão, (...) é mais provável que qualidades e aspectos puramente técnicos determinem sua seleção e futura carreira” (WEBER, 1999, p. 302). Essa é uma visão questionável, devido ao fato de que a utilização dos poderes e a consecução de atividades podem ser confundidas com o modelo patrimonialista. Weber afirma ainda que a eleição popular para cargos em organizações debilita a dependência hierárquica e ameaça a qualificação técnica e funcionamento preciso do mecanismo burocrático;
- c) Os cargos são vitalícios, com o objetivo de oferecer garantia do cumprimento rigorosamente objetivo, isento de considerações pessoais, dos deveres específicos

do cargo em questão, já que garante a segurança na velhice e vai de encontro às demissões arbitrárias no cargo. É importante observar que isso não assegura um direito de posse do funcionário em relação ao cargo e que a afirmativa tem suas limitações - por exemplo, diminui a possibilidade de ascensão de “candidatos aplicados”. Além disso, o que se observa atualmente no Brasil, é a grande acomodação profissional do funcionário público que desfruta de tal estabilidade no cargo, em oposição à crença no cumprimento objetivo dos deveres preconizada por Weber.

- d) O funcionário recebe uma remuneração calculada através da natureza da função/cargo e do tempo de serviço e de pensão na sua aposentadoria;
- e) É previsto aos funcionários percorrerem uma carreira, dos cargos inferiores e menos bem pagos até os superiores.

Hall (1971) sintetiza o pensamento Weberiano ao enumerar as dimensões da burocracia, acrescentando um aspecto além das dimensões antes descritas por Weber – a impessoalidade nas relações interpessoais. As dimensões estão descritas a seguir:

- a) Hierarquia de autoridade definida.
- b) Divisão do trabalho baseada na especialização funcional.
- c) Competência técnica.
- d) Normas de procedimento para atuação no cargo.
- e) Normas que controlam o comportamento dos empregados.
- f) Autoridade limitada do cargo.
- g) Gratificação diferencial por cargo.
- h) Impessoalidade dos contatos pessoais.
- i) Separação entre propriedade e administração.
- j) Ênfase nas comunicações escritas.

k) Disciplina racional.

Hall (1971) afirma ainda que estas dimensões podem ser consideradas como parâmetros para a avaliação da burocracia do “tipo ideal” quando estão presentes em alto grau, ou para identificar organizações não-burocratizadas ou simples que apresentem baixo grau de frequência em todas as dimensões.

Wright (1981, p. 96), citando Weber, defende que “a razão decisiva para o progresso da organização burocrática tem sido sempre a sua superioridade puramente técnica sobre qualquer outra forma de organização”.

O ‘tipo ideal’ da burocracia está, para outras organizações, assim como a máquina está para os modos de produção não mecanizados. Wright (1981, p. 96), ao citar Weber, afirma que “precisão, rapidez, rigor, conhecimento dos registros, redução do atrito – e dos custos materiais e de pessoal – são elevados ao ponto ótimo na administração rigorosamente burocrática e, sobretudo, na sua forma monocrática”. Empresas nas quais a eficiência racional é importante para o êxito, a exemplo de empresas privadas, partidos políticos e, inclusive, igrejas, são cada vez mais caracterizadas pela forma de organização burocrática (WRIGHT, 1981).

A burocracia não é monopólio das organizações prestadoras de serviços públicos, estando presente em alto grau em organizações privadas. Por ser representante de um Modelo de Gestão que denota a racionalidade e aponta para a eficiência, a burocracia se expandiu por empresas ao redor do mundo e foi implantado por diferentes países como base para a sua organização político-estatal.

No Brasil também ocorreu assim e, durante muitos anos, o modelo foi o responsável pela reorganização estrutural dos estados.

2.2 A BUROCRACIA NO ESTADO BRASILEIRO

A lógica burocrática weberiana começou a ser fortemente introduzida no Brasil a partir do Estado Novo (1937) com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) que tinha como objetivo aprofundar a reforma administrativa destinada a organizar e a racionalizar o serviço público no país, iniciada anos antes por Getúlio Vargas.

O DASP defendia que havia uma incompatibilidade entre a racionalidade da administração e a irracionalidade da política, o que estava coerente com os princípios do Estado Novo. O objetivo do órgão era estabelecer integração entre os diversos setores da administração pública e promover a seleção e aperfeiçoamento do pessoal administrativo por meio da adoção do sistema de mérito, já que acreditava ser este o único sistema capaz de diminuir as interferências dos interesses privados e político-partidários na ocupação dos cargos públicos. (CPDOC, 2005)

Desde a sua criação até o fim do Estado Novo, em 1945, o DASP passou por um contínuo processo de fortalecimento, exercendo forte influência sobre as políticas governamentais então implementadas. A sistematização dos direitos e deveres do funcionalismo, definidos no Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, primeiro documento desse tipo no Brasil, está entre as suas principais realizações. (CPDOC, 2005)

O órgão representou a tentativa de formação da burocracia nos moldes weberianos, baseada no princípio do mérito profissional. Entretanto, embora tenham sido valorizados instrumentos importantes à época, tais como o instituto do concurso público e do treinamento, não se chegou a adotar consistentemente uma política de recursos humanos que respondesse às necessidades do Estado. O patrimonialismo (contra o qual a administração pública burocrática se instalara), embora em processo de transformação, mantinha ainda sua própria força no quadro político brasileiro. O coronelismo dava lugar ao clientelismo e ao fisiologismo. (BRASIL, 1995, p. 9)

A queda de Vargas, em outubro de 1945, fez com que o DASP passasse por um

profundo processo de reestruturação, que resultou no seu esvaziamento parcial. Assim, suas funções assumiram um caráter de assessoria, exceto no que diz respeito à seleção e aperfeiçoamento de pessoal, tendo sido mantido nesta área como órgão executor. (CPDOC, 2005)

Em 1967, entretanto, foi promulgado o Decreto-Lei 200, que teve como principal característica os preceitos de uma grande Reforma que se constituiu em um marco na tentativa de superação da rigidez burocrática. Neste Decreto-Lei, com a intenção de se obter dinamismo operacional através da descentralização das funções, houve a transferência de atividades puramente estatais para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Tinha como princípios: a) racionalidade administrativa; b) planejamento; c) orçamento; d) descongestionamento das chefias executivas superiores (desconcentração/descentralização); e) tentativa de reunir competência e informação no processo decisório; f) sistematização; g) coordenação e h) controle. (BRASIL, 1995)

A esta época havia um grande monopólio estatal na área produtiva de bens e serviços, fruto das diretrizes governamentais de anos antes, e esse paradigma gerencial que exigia a atribuição de eficácia, eficiência e efetividade às organizações estatais, além de maior operacionalidade às atividades econômicas do Estado, orientou a expansão da administração indireta. (BRASIL, 1995)

Entretanto, a tentativa de reforma preconizada pelo Decreto-Lei 200/67 não desencadeou mudanças no âmbito da administração burocrática central, permitindo que houvesse uma relativa modernização da administração indireta, que dava mostras de eficiência e competência, deixando de lado a forma direta ou central, que ainda possuía formas arcaicas e ineficientes de administração. (BRASIL, 1995)

O núcleo burocrático foi, na verdade, enfraquecido indevidamente através de uma estratégia oportunista do regime militar, que não desenvolveu carreiras de administradores públicos de alto nível, preferindo, ao invés, contratar os escalões superiores da administração através das empresas estatais. (BRASIL, 1995, p. 9)

Assim, apesar da tentativa de transição, não havendo mudanças no núcleo do Estado, as diretrizes do Decreto-Lei 200 foram sendo deixadas de lado. O patrimonialismo, ao invés de derrubado, se renovou, assumindo outras formas que persistem no Estado atualmente e podem ser encontradas disfarçadas nos ‘cabides de emprego’ ou em políticas assistencialistas. Até então, entretanto, houve um grande retrocesso administrativo no país, principalmente no núcleo burocrático, o que desencadeou a crise do modelo que será apresentada a seguir.

2.3 A CRISE DO MODELO BUROCRÁTICO DE GESTÃO NO BRASIL

O Estado, nos dias atuais, tem sido visto como algo que emperra e atrapalha o desenvolvimento e o progresso. A Reforma do Estado não foi um acontecimento estanque no Brasil. A origem propulsora da Reforma acontece na Grã-Bretanha e Estados Unidos na década de 80, e possui como principais características:

- a) Fim do desenvolvimentismo pós-guerra, pelo fim de *Bretton Woods*, as crises do petróleo, as crises de liquidez e a instabilidade do mercado financeiro internacional, os novos requisitos de integração competitiva da globalização, etc.
- b) Crise do *welfare state keynesiano* (ou Estado do Bem-Estar Social), pelas disfunções e desvantagens da intervenção estatal na garantia do bem estar ou da estabilidade econômica, relativamente aos atributos do mercado, conforme defedido pelas correntes de inclinação neoliberal a partir dos anos 70;
- c) Disfunções burocráticas ou crise do modo de implementação estatal de serviços públicos e, dentre outras;
- d) Ingovernabilidade: sobrecarga fiscal, excesso de demandas e crise de legitimidade. (MARTINS, 1997, p. 17)

No caso Inglês havia sido consolidado um padrão universalista de *welfare state* e uma administração pública ortodoxa que levaram a disfuncionalidades sobrecarregando o Estado e gerando déficits. Agregado a isso, houve um crescimento populacional que potencializou a

sobrecarga do Estado e a ascensão ao poder dos “conservadores com suas práticas reformistas”, com diretrizes mais desestatizantes que racionalizadoras. Nos Estados Unidos as questões geradoras das crises eram semelhantes, porém as respostas liberais foram de cunho mais descentralizante fazendo com que os órgãos governamentais locais tivessem mais autonomia e direcionassem as características do novo Modelo. (MARTINS, 1997)

De acordo com Bresser Pereira (1996), a necessidade da reformulação do Estado no Brasil, vem de uma crise desencadeada em 1979:

[...] com o segundo choque do petróleo. Crise que se caracteriza pela perda de capacidade do Estado de coordenar o sistema econômico de forma complementar ao mercado. Crise que se define como uma crise fiscal, como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado e, em um primeiro momento, também como uma crise política. (Bresser Pereira, 1996, p. 32)

De acordo com o autor, de 1979 a 1994 o Brasil “viveu um período de estagnação da renda *per capita* e de alta inflação sem precedentes”. As condições para a retomada do crescimento só ressurgiram em 1994, com a estabilização da moeda brasileira, a partir do *Plano Real*. A crise política, por sua vez, teve três momentos: uma crise do regime militar, uma crise de adaptação ao regime democrático e, finalmente, a crise moral que levou ao ‘impeachment’ do ex-presidente Fernando Collor. (BRESSER PEREIRA, 1996)

A crise da administração pública burocrática data, também, desde idos do regime militar e pode-se afirmar, inclusive, que diante do clientelismo e patrimonialismo gritantes em alguns municípios brasileiros e, também, com representações nos governos estaduais e central, ainda há espaço para o agravamento da crise, já que a grande maioria dos governantes ainda não tem percepção das conseqüências de atitudes tomadas neste sentido. Assim, Bresser Pereira (1996), afirma que o regime militar não só foi incapaz de extirpar o patrimonialismo, mas também não teve habilidade administrativa para consolidar uma burocracia profissional no país nos moldes da reforma proposta em 1936.

Martins (1997) aponta como elementos causadores da crise no Brasil e da

“deterioração da administração pública” não apenas as disfunções herdadas do “modelo tecnocrático”, mas também, e principalmente, a política patrimonialista que impede que se estabeleça a racionalidade funcional do sistema, por incapacidade ou conveniência da manutenção dos padrões de irracionalidade política com finalidades patrimonialistas.

O autor defende que a acentuação da crise econômica impôs a adoção de um “modelo de ajuste do setor público de natureza predominantemente fiscal”, resultando numa fase de “intensa desmodernização” e traçando uma linha divisória entre a formulação e a implementação de políticas públicas: o que se preconizava não estava, em nada, de acordo com o que estava sendo executado.

Questiona-se se, dentro do perfil cultural brasileiro, será realmente possível o extermínio de práticas patrimonialistas e de foco na profissionalização da administração pública, visto que, aparentemente o ponto crítico está nas pessoas – dirigentes e dirigidos – e não nos modelos.

Na transição democrática de 1985, as mudanças preconizadas pelo Decreto - Lei 200 foram paralisadas, havendo a distribuição de cargos públicos da administração indireta e das delegacias dos ministérios nos Estados, para os políticos de partidos vitoriosos. Surgia no país um novo populismo patrimonialista. Ademais, a alta burocracia era co-responsabilizada pela crise do Estado por este último ter favorecido o crescimento excessivo da primeira. (BRASIL, 1995)

A Constituição de 1988 é a maior representação do retrocesso burocrático originado pela junção dos dois aspectos citados acima.

Sem que houvesse maior debate público, o Congresso Constituinte promoveu um surpreendente engessamento do aparelho estatal, ao estender para os serviços do Estado e para as próprias empresas estatais praticamente as mesmas regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado. A nova Constituição determinou a perda da autonomia do Poder Executivo para tratar da estruturação dos órgãos públicos, instituiu a obrigatoriedade de regime jurídico único para os servidores civis da União, dos Estados-membros e dos Municípios, e retirou da administração indireta a sua flexibilidade operacional, ao atribuir às fundações e autarquias públicas

normas de funcionamento idênticas às que regem a administração direta. (BRASIL, 1995, p. 10)

As mudanças propostas pelo Decreto – Lei 200, que haviam modernizado e profissionalizado os órgãos de administração indireta, apesar de terem deixado a desejar nos órgãos de administração direta, foram, definitivamente, abortadas, fazendo com que os primeiros fossem contagiados pela falta de “flexibilidade operacional”.

O retrocesso se deu, principalmente, como uma resposta ao clientelismo que havia dominado o país desde 1985, além de representar a consequência de uma atitude defensiva da alta burocracia por sentir-se injustamente acusada. (BRASIL, 1995)

Diante disso, houve a reafirmação dos ideais da administração pública burocrática weberiana aliada à instituição de uma série de privilégios que não se encontram no cerne da mesma, a exemplo de estabilidade rígida para todos os servidores civis, generalização do regime estatutário na administração direta e nas fundações e autarquias, além de aposentadoria com proventos integrais independente do tempo de serviço ou da contribuição (BRASIL, 1995).

É a partir desse momento que a crise agrava-se levando ao “enrijecimento burocrático extremo”. (BRESSER PEREIRA, 1996)

Já no governo Sarney (1986 – 1989), a tentativa de implantação de um *Estado Social* no Brasil, constante da Constituição Federal de 1988, foi mal sucedida por incapacidade ou inconveniência política de se reformar a Administração, e agravada pelos aspectos, previstos na constituição e citados acima, que levaram à desorganização do sistema de carreira do servidor público, a estrutura e o regime funcional, além de desajustar o sistema previdenciário do país.

Já o Governo Collor (1990-1992), que herdou os escombros da máquina estatal dilacerada pela prática patrimonialista da Nova República, tinha a reconstrução como uma de suas diretrizes. Porém, esta foi formulada sem a participação social e não se abriu ao debate

político, tendo sido implementada autoritariamente, de maneira inconseqüente e combativa com o argumento de moralização do serviço público. O método que foi rapidamente desmoralizado quando da erupção das evidências de patrimonialismo e privatização do Estado advindas do escândalo do *esquema PC Farias*, que culminaram com o *impeachment* do então presidente. (MARTINS, 1997)

Quando assumiu o presidente Itamar Franco (1992-1994), o seu objetivo primordial era a reversão da reforma administrativa iniciada no governo anterior através da reorganização da macroestrutura governamental nos moldes da Nova República. Entretanto, o governo ficou incapacitado de iniciar o processo de reestruturação devido à “barganha instrumental” política ter-se fortalecido nos momentos de *impeachment*. (MARTINS, 1997)

Este era o panorama em que se encontrava o Brasil ao assumir, em 1995 o presidente Fernando Henrique Cardoso, tendo como Ministro da Administração e Reforma do Estado Luis Carlos Bresses Pereira, que, em 1995, com um discurso de mudança organizacional e cultural da administração pública, deram início ao movimento de Reforma do Estado dentro dos moldes do Novo Gerencialismo, como será apresentado a seguir.

2.4 NOVAS ABORDAGENS GERENCIAIS

As crises que atingiram os Estados ao redor do mundo deram origem a um movimento a favor da Reforma no campo da Administração Pública nos anos 90, com alguns direcionamentos, inclusive baseando-se na adoção de técnicas originariamente empresariais: o chamado *empreendedorismo público*. Abordagens tipicamente de organizações privadas, a exemplo de qualidade total e reengenharia, foram recomendadas ao ambiente da

administração pública com o argumento de que “há pressões crescentes para o aprimoramento dos serviços e a redução de despesas, mediante restrições orçamentárias”. (DOBYNS & CRAWFOR-MANSON, 1994, *apud* MARTINS, 1997)

Os Estados Unidos e a Grã-Bretanha, motivados por suas crises nos anos 80, foram, em verdade, os grandes desencadeadores do Movimento de Reforma, e foram estes países que primeiro apontaram para modelos de gestão condizentes com a realidade de cada um.

De acordo com Martins (1997), no caso da Grã-Bretanha, a resposta administrativa à crise apontou para três diferentes direcionamentos: o gerencialismo puro, o *consumerism*, e o modelo do *Public Service Oriented* (PSO). O primeiro parte de uma estratégia voltada para a eficiência que tem como pilares o aumento de produtividade e a redução de custos e de pessoal, aliada à definição de responsabilidades de funcionários e organizações públicas, suas missões e objetivos. O segundo aperfeiçoa o anterior, mas com uma orientação voltada para a satisfação das necessidades dos usuários de serviços públicos analogamente chamados de consumidores. Já o terceiro propõe um aperfeiçoamento do modelo político em curso à época, com grande participação na definição das finalidades estatais, estímulo à participação da sociedade, além de transparência, equidade e justiça, possuindo uma visão coletiva do cidadão.

Já o contexto norte-americano deu origem a uma tendência que tinha como cerne a redução da transferência de recursos federais para estados, radicalizando a descentralização e gerando uma resposta nos moldes do *reinventing the government*, ou reinvenção do Estado, preconizado por Osborne e Gaebler. (MARTINS, 1997)

Osborne & Gaebler (1997) denominaram o Modelo como governo empreendedor e inovador. Por empreendedor os autores entendem aquele que movimenta recursos de um setor menos produtivo para um setor mais produtivo e com melhores rendimentos. A sua observação e obra são baseadas em governos empreendedores, tendo sido escrita a partir de

experiências bem sucedidas para servir como exemplo para outras nem tão bem sucedidas. A obra aponta caminhos para a implantação do Novo Gerencialismo e traz como receitas para o sucesso: inventividade, criatividade, percepção e oportunidades, com vistas a aumentar sua eficiência e efetividade. O modo como os governos funcionam, principalmente em nível local, é também discutido.

Mendes (2000) afirma que há diferentes explicações para adoção de novos modelos de gestão, com ênfase no Novo Gerencialismo, na administração pública. Citando Osborne & Gaebler, a autora afirma que a rápida difusão do gerencialismo está relacionada ao fato de que as exigências e desafios de uma sociedade “pós-industrializada”, com base no conhecimento e na informação, não estão ao alcance dos ensinamentos de burocracias centralizadas e padronizadas. Uma sociedade baseada na informação está voltada para o acúmulo de conhecimento, com o objetivo de aumentar os níveis de complexidade e entendimento no processamento das informações. Aliado a isso, o processo de reestruturação capitalista, decorrente do colapso do modelo keynesiano de crescimento, gerou uma série de reformas, ainda em curso nas instituições e no gerenciamento das organizações. (CASTELLS, 1996, *apud* MENDES, 2000)

De acordo com Osborne & Gaebler (1997) nos Estados Unidos os primeiros a responderem à crise do modelo democrático foram os governos locais, sendo estendida aos governos estaduais e federal, fazendo com que adotassem parcerias do setor público com o privado, e desenvolvendo formas alternativas de prestação de serviços ao público.

Hood (1991) *apud* Mendes (2000), aponta os fatores que fazem do Novo Gerencialismo a “mais notável tendência da administração pública nos dias de hoje”: a) tentativa de reverter os gastos excessivos do governo e a expansão dos quadros de pessoal; b) movimento a favor das privatizações de organizações-governamentais e culto ao cargo de gerente; c) desenvolvimento da tecnologia da informação e automação nos serviços públicos;

d) agenda internacional com foco em questões de gerenciamento público, estilos de decisão e cooperação intergovernamental. Mais uma vez é citado o fator da tecnologia da informação, o que leva a crer ser esse um dos grandes motivadores para o movimento de adaptação da gestão pública à nova realidade.

Clarke e Newman (1997) *apud* Mendes (2000), afirmam que o surgimento e ascensão do Novo Gerencialismo decorrem da necessidade de legitimar o processo de reestruturação do Estado por alguns motivos: a) a mudança é algo natural, portanto saudável; b) deve-se mudar para defender-se dos perigos e ameaças, para sobreviver em um ambiente hostil; c) mudança não é uma reação, mas um “processo voltado para a transformação e desenvolvimento de uma nova ordem”; d) mudança como reengenharia (grande afinidade com a reinvenção do Estado); entre outros.

Farnham & Horton (1996) *apud* Mendes (2000), afirmam que a privatização e a adoção de novos modelos de gestão e inovações gerenciais nos serviços públicos, foram tentativas de resolver a “crise do Estado”. As autoras apontam ainda que a transformação e a promoção de mudanças globais passaram a ser dependentes do poder gerencial, já que seus representantes foram assumindo papéis públicos e se tornando referenciais como fontes de autoridade e de opinião sobre como o mundo deve funcionar. Esse era justamente o aspecto temido por Weber ao defender o parlamento forte e direcionamento público de acordo com políticas que respondessem às expectativas da nação.

Apesar das tentativas, algumas vezes bem sucedidas, de aplicação de princípios de administração de empresas no serviço público, há diferenças estruturais entre os dois tipos de organização, que são assim apresentadas por Pollit e Harrison (1994) *apud* Mendes (2000):

Existência de *accountability* gerencial e representatividade dos políticos eleitos; a freqüente dificuldade de definir prioridades; a complexidade das redes (*networks*) organizacionais, dada à pluralidade de fornecedores e clientes e as relações conflituosas que os envolvem; a ausência ou pouca competição entre as organizações; a relação entre a provisão de serviços, necessidades da população, demandas dos usuários e receitas públicas; a dificuldade de padronização porque não se processam pessoas e estas não

são simplesmente consumidores, mas cidadãos; a proeminência dos profissionais que prestam serviços, principalmente a autonomia dos médicos (no caso do setor saúde) e a dificuldade de o gerente lidar com isso; o contexto legal que traz conseqüências para as relações com o consumidor, obrigando o gestor público a oferecer serviços de alto custo. (MENDES, 2000, p.75)

No Brasil, algumas destas características fazem com que a diferença seja ainda mais gritante, devido ao grande patrimonialismo e clientelismo correntemente praticados no setor público e que, apesar de todas as tentativas de reversão deste quadro, através de Reformas ao longo dos anos, ainda são muito presentes, atravancando o processo de desenvolvimento e dificultando a implantação de inovações gerenciais, a exemplo do Novo Gerencialismo que foi preconizado pelo documento de Reforma do Aparelho do Estado em 1995.

Osborne & Gaebler (1997) alegam ainda que não se pode governar como quem administra uma organização devido às diferenças entre os fatores motivadores de empresários e políticos: os primeiros estão motivados pelo lucro, ao passo que os últimos priorizam o voto, o desejo de serem reeleitos. Outros aspectos destacados pelos autores dizem respeito à forma de arrecadação dos recursos (vendas e clientes *versus* custeio de contribuintes) e o regime de mercado (competição *versus* monopólio). Desta forma os resultados são mensurados de forma diversa em um e outro setor, estando os administradores públicos, ou políticos, diretamente ligados a grupos de interesses que necessariamente deverão ser incluídos na sua equação.

Uma grande característica a ser considerada na gestão pública é o fato de que, por ser democrática, aberta, e ter como missão fundamental “fazer o bem”, as ações de organizações públicas devem ser direcionadas por valores morais absolutos, devendo servir a todos com equidade, independente da capacidade do usuário de pagar pelo serviço ou da demanda que o serviço oferece, o que faz com que seus movimentos sejam mais lentos se comparados aos das organizações privadas. (OSBORNE & GAEBLER, 1997)

Transpondo isso para algumas regiões do Brasil, especificamente no Nordeste, o que se percebe é que os valores da gestão pública estão perdidos, atentando apenas para os grupos

de interesses citados anteriormente, levando o serviço público a ser uma máquina lenta e pesada muito mais por falta de interesse e clientelismo exagerado.

Diante deste quadro, as inovações gerenciais, através da mudança de paradigmas de modelos de gestão, estariam sendo impulsionadas tanto por fatores econômicos e financeiros, decorrentes das necessidades de retomada do crescimento gerada pela crise fiscal do Estado, quanto por fatores políticos decorrentes da ascensão da Nova Direita – representantes do capitalismo globalizado – em países de capitalismo avançado e que estariam difundindo estas idéias nos países em desenvolvimento. (MENDES, 2000)

A “reinvenção do Estado”, aqui denominada de Novo Gerencialismo, é o mais popular compêndio do empreendedorismo público. Foi construído com base na superação da era progressiva do estado americano, na qual se verificava a implantação do modelo ortodoxo de administração pública. Já a era pós-progressiva tem características que são incompatíveis com o modelo de gestão burocrático e sua lógica operacional, a exemplo de: competição global, integração da comunicação, economia centrada na tecnologia e em nichos de mercado, entre outras. (MARTINS, 1997)

Para Mendes (2000) o Novo Gerencialismo tem como objetivo incorporar a lógica concorrencial nas práticas organizacionais da Administração Pública, tendo o empreendedorismo como força propulsora das mudanças. A autora aponta que, de acordo com Dunleavy & Hood (1995), este é um modelo de reforma dos serviços públicos tão presente atualmente, que praticamente não deixa espaço para outras formas de gestão.

Mendes (2000, p. 86) defende ainda que, “o sentido dado pelo Novo Gerencialismo é a introdução, no setor público, de mecanismos de mercado e a transferência, para este setor, do conjunto de idéias, valores e técnicas predominantes no setor privado”. Essa “nova era” de gerenciamento está apoiada na crença de que a administração pública pode ser mais eficiente com a introdução de mecanismos de mercado.

O trabalho de Osborne & Gaebler (1997) ganhou destaque a partir de evidências empíricas, de experiências inovadoras, que deram certo no serviço público americano no início dos anos 90, e que foram promovidas por novos líderes do serviço público que tinham a eficiência como foco de governo em detrimento da racionalidade política convencional, voltada para a reeleição e a manutenção de interesses de pequenos grupos.

De acordo com Mendes (2000), o ataque à burocracia é o ponto principal do Novo Gerencialismo preconizado por Osborne & Gaebler, já que, a hierarquização e centralização das organizações burocráticas fazem com que as pessoas se identifiquem com a sua própria unidade, estimulando um corporativismo exacerbado em detrimento do todo organizacional.

Para resolver esse problema Martins (1997), afirma que Osborne & Gaebler sugerem um novo modelo, que teria como foco a produção de serviços públicos de qualidade e resume os dez princípios deste novo modelo de gestão:

- a) Preferência a alternativas de produção externa de bens e serviços: terceirização, parcerias governo – sociedade civil, voluntarismo, etc.
- b) Gestão participativa de programas e projetos com clientes.
- c) Estímulo à competição externa e interna.
- d) Desregulamentação interna, simplificação organizacional e classificação de papéis e missões.
- e) Avaliação e financiamentos baseados em resultados.
- f) Imagem do cliente como consumidor: com direito a escolhas, pesquisas de preferências e atitudes, treinamento de atendimento e formulários de sugestões.
- g) Criação de centros de resultados financeiros, promovendo ação pública rentável.
- h) Antevisão estratégica de serviços.
- i) Descentralização e desconcentração: controle hierárquico *versus* autoridade, desenvolvimento de equipes (*team building*), gestão participativa, cooperação trabalhadores–gerentes, círculos de controle de qualidade e programas de desenvolvimento gerencial.
- j) Atingimento das finalidades governamentais através da reestruturação do mercado. (MARTINS, 1997, p. 17)

Mendes (2000) discute alguns destes princípios, que seriam o cerne do pensamento de reinvenção do Estado e expressão da crítica à burocracia dos seus autores, a exemplo da utilização de equipes interdepartamentais, com o objetivo de romper com a segmentação

intra-organizacional e incrementar a comunicação entre os diversos setores. A adoção destes princípios funciona como uma estratégia para facilitar a difusão de inovações, em contraponto à departamentalização existente na burocracia weberiana.

No que se refere à forma de gestão, sabe-se que boas idéias podem surgir da base. Entretanto, em sistemas centralizados, essas boas idéias não chegam sequer ao conhecimento daqueles que podem colocá-las em prática. Para tanto, é necessário o incentivo aos funcionários de linha e a projetos executados por equipes, além do estímulo a atividades descentralizadas, bem como a descentralização da tomada de decisão para que os funcionários tenham poder de ação. É necessária a instituição de mecanismos de avaliação constantes, visto que a responsabilidade pela implantação das idéias deve continuar a cargo do topo da organização, mas nunca cerceando a participação criativa dos seus funcionários. Osborne & Gaebler (1997) defendem que, para que a implantação do novo modelo de gestão seja efetiva, deve-se transformar os administradores públicos em empreendedores através de preparo técnico e motivação em busca de resultados, além de se determinar prescrições sobre como agir com relação aos funcionários (OSBORNE & GAEBLER, 1997).

Observa-se que, através destas medidas, seria possível viabilizar a eficiência, eficácia e melhoria da qualidade da oferta de serviços públicos, não sendo condição para o sucesso a realização de parcerias público-privado a partir do momento em que é priorizada a profissionalização e capacitação dos administradores do serviço público.

A dicotomia entre Burocracia *versus* Novo Gerencialismo se mostra, justamente, na falta de rigidez para a tomada de decisões, sendo a gestão participativa uma ferramenta para a construção de um Planejamento Estratégico de acordo com os interesses não apenas dos diferentes níveis funcionais, mas também dos cidadãos usuários dos serviços.

Osborne & Gaebler (1997), propõem a criação de centros de resultados financeiros, promovendo ação pública rentável, diretamente proporcional à divisão de lucros em

organizações privadas. Isso significa que seria permitido ao funcionário aumentar o seu salário sempre que algum resultado financeiro fosse gerado por uma idéia sua. É a chamada “partilha de receitas”, nas quais os departamentos públicos guardam para si as quantias que tenham economizado e as incorporam à folha de pagamentos.

Assim,

Em relação à remuneração, o Novo Gerencialismo se baseia na idéia de promoção baseada no mérito subjetivo e no pagamento por desempenho. [...] No que se refere à estruturação interna das organizações, a autoridade, [...], é baseada no gerente e o poder de decisão é delegado para os funcionários; o controle administrativo é baseado em resultados; a prestação de serviços é prioritariamente feita por agência não-governamental, através da terceirização dos serviços públicos. [...] as relações do setor público com o mercado são reguladas por contratos de prazos determinados e as funções de planejamento e execução são desagregadas e operadas em bases semimercantis. (MENDES, 2000, p. 82)

Esta visão do Novo Gerencialismo se caracteriza como uma crítica ao modelo liberal, que possui uma visão minimalista do Estado. Observa-se que prega um Estado atuante, que exerça o controle hierárquico, mas participativo, e administração pública ativista com base em critérios de eficiência empresarial. Caracteriza-se também como uma alternativa ao modelo burocrático, visto que aplica métodos e técnicas de administração de empresas ao serviço público propondo, no âmbito microorganizacional, adoção de tecnologia gerencial de ponta, e no âmbito macroorganizacional a atuação do setor público como “empreendedor seletivo”, com base em critérios empresariais e estimulando, inclusive, a competição dentre si e com o setor privado. (MARTINS, 1997)

É um modelo de gestão que surge em um momento no qual a crise do Estado exige mudanças profundas e emergenciais, se mostrando como uma alternativa lógica, visto que tem por base experiências bem sucedidas de empresas privadas. Resta analisar se, no Brasil, a transição se mostra pertinente ao contexto sócio-cultural e se é efetiva.

2.5 O MODELO TERCEIRIZADO DE GESTÃO NA PERSPECTIVA DO NOVO GERENCIALISMO

A terceirização tem seus primeiros registros durante a Segunda Guerra Mundial. Naquele momento, as empresas produtoras de armamento bélico encontravam-se com sua capacidade produtiva sobrecarregada com o excesso de demanda e verificaram que poderiam transferir e delegar serviços a terceiros, que seriam contratados para dar suporte ao aumento da produção de uniformes militares, armas leves e pesadas, munição, navios, aviões, tanques de guerra, etc. (PADOAN, 2004)

A terceirização como fornecimento de mão-de-obra temporária, tem sua primeira manifestação nos Estados Unidos, quando um advogado contrata uma secretária aposentada, para a digitação de 120 páginas de determinado processo, em caráter de urgência, fazendo com que a mesma ganhe um “dinheiro extra”. Neste momento, tem-se a primeira demonstração de contratação de mão-de-obra para a execução de um serviço que não consiste na atividade fim da empresa, a secretária aposentada presta os serviços para uma firma de advogados que não possui como atividade fim digitação. (PADOAN, 2004)

No Brasil, os responsáveis pela inserção da técnica no mercado teriam sido, de acordo com Martins, apud Ramos (2001), “empresas multinacionais ligadas ao setor automobilístico, nas décadas de 50 e 60, ganhando impulso nos anos 70 no setor de serviços, notadamente com empresas de limpeza e conservação e de segurança de estabelecimentos bancários”.

A palavra “terceirização”, que é um termo que surge dentro da ciência da administração, até pouco tempo não era encontrada nos dicionários. Muitos estudiosos da matéria, ainda hoje, utilizam o termo “subcontratação, ou mesmo reconcentração, focalização, desverticalização, descentralização, exteriorização do emprego, parceria ou ‘terciarização’”, visto que a adoção da palavra terceirização não se constitui em um consenso. (RAMOS, 2001)

De acordo com Padoan (2004):

(O Brasil) conheceu taxas elevadas de crescimento econômico entre 1945 e 1980 e sofreu profundas alterações estruturais, deixando para trás a sociedade fundamentalmente rural [...] e tendo emergido uma complexa sociedade urbano-industrial, que esteve e ainda está longe de apresentar as características das sociedades industriais avançadas. O que difere os países periféricos, entre eles o Brasil, dos países ditos de ‘primeiro mundo’ ou ‘centrais’ não está no que produzem, mas a que custos produzem. (PADOAN, 2004, p. 2)

Diante desta visão, é condição necessária o esforço no sentido da redução de custos em prol do crescimento econômico da Nação, e as terceirizações se mostram como um dos caminhos no processo de otimização do trabalho nas empresas.

Alvarez (1996, p. 37) afirma que “[...] o que não for vocação de uma empresa deve ser entregue a especialistas; [...] a prática da terceirização, quando bem administrada, traz benefícios a todos os diretamente envolvidos”. Pode-se dizer que nesta frase encerra-se o sentido do conceito de Terceirização: deve-se permitir àqueles que se especializaram em determinado serviço (que, em geral, não se constitui na atividade fim da organização) que o executem. De fato, há um grande movimento a favor das terceirizações de serviços a exemplo de higienização e limpeza, fornecimento de alimentação, lavanderias, segurança, vigilância, entre outros.

Robortella *apud* Ramos (2001, p.51) define terceirização como “uma estratégia econômica que proporciona qualidade, agilidade, simplicidade e competitividade”. Já Cavalcante Júnior *apud* Ramos (2001, p.51) a define como um “processo por meio do qual são repassados serviços ou a produção de uma empresa a outra, com objetivo de obter ganho de qualidade, produtividade e redução de custos”.

Di Pietro (2002, p.43), por sua vez, afirma que há o consenso entre doutrinadores do direito do trabalho que defendem que a terceirização é “a contratação, por determinada empresa, de serviços de terceiro para o desempenho de atividades-meio”.

Ramos (2001) destaca, entretanto, que todos as definições limitam o processo às

atividades-meio do tomador de serviço, quando o fenômeno pode atingir também as atividades-fim das entidades terceirizantes. Martins apud Ramos (2001) reconhece existir a terceirização de atividades-fim, e exemplifica a indústria automobilística, que atua como montadora das peças fornecidas por diversos fornecedores. Além disso, tem-se como exemplo a indústria têxtil, na qual as vestimentas cortadas são encaminhadas para cerzimento, colocação de botões e outros detalhes de acabamento em terceiros, retornando apenas para receber a “etiqueta-griffê”, entre outros. (RAMOS, 2001)

Neste estudo, utiliza-se como definição de terceirização aquela apresentada por Ramos (2001): “corresponde a uma forma de reorganização administrativa, por meio da qual determinadas atividades de uma pessoa jurídica (pública ou privada) são transferidas para a empresa contratada para esse fim”.

Alvarez (1996) destaca que a terceirização vem sendo vista não mais como uma mera contratação de serviços para realizar atividades consideradas fora do foco central das organizações. Elas são encaradas como parcerias com referência na satisfação crescente do consumidor e no sucesso das empresas, visto que estas últimas devem ser rápidas e ter seus custos fixos reduzidos ao mínimo. Para tanto os gerentes devem manter a atenção nas atividades medulares, a inovação deve estar sempre presente. Isso conduz à terceirização, que passa a estar contida na estratégia de longo prazo das empresas.

De acordo com Alvarez (1996), há uma dicotomia envolvendo o tema: se constitui num modismo ou num movimento na direção de um novo modelo de gestão? O que se observa é que, apesar das divergências nas quais se discute ser a terceirização “um instrumento de modernização envolvido por um programa gerencial maior” (ou seja, apenas uma ferramenta que pode se constituir numa “febre passageira”) ou ser ela o “programa gerencial maior”, o universo de opiniões deixa à mostra alguns elementos convergentes: o processo de terceirização, indubitavelmente, leva a “parceria, qualidade e mudança”, e gera

vantagem competitiva quando advindo de uma estratégia bem estruturada, que necessariamente irá envolver um bom relacionamento entre cliente e fornecedor.

Martins *apud* Ramos (2001, p. 53) afirma que “a terceirização é vista como uma forma de administração da empresa, que objetiva organizá-la de acordo com os novos métodos da atividade empresarial”.

Com base neste aspecto, percebe-se que, especificamente no caso estudado (hospitais públicos baianos que tem sua gestão completamente terceirizada) o processo se apresenta, claramente, como um novo Modelo de Gestão, visto que substitui em 100% as diretrizes do modelo de gestão burocrático, em todos os seus níveis, como foi visto anteriormente dentro da abordagem do novo gerencialismo.

Estimular parcerias é condição para a transição do enfoque tradicional para um novo modelo de gestão, e a terceirização faz parte dele, visto que são cada vez mais raros os casos de empresas que não terceirizem pelo menos algumas de suas atividades. A parceria deve ser norteada pela convergência de interesses, onde as partes se comportam como sócios do mesmo empreendimento (ALVAREZ, 1996).

Martins *apud* Ramos (2001), defende também que “a parceria é elemento marcante no conceito de terceirização, diferenciador do mero contrato de empreitada ou fornecimento, dado que há confiança mútua e complementariedade na busca de um objetivo comum”.

O Quadro 1 a seguir demonstra a nova postura que deve ser adotada (ALVAREZ, 1996):

Quadro 1 - Transição do Enfoque Tradicional Para Um Novo Modelo de Gestão

<i>Situação Tradicional</i>	<i>Parceria</i>
Desconfiança / medo dos riscos	Confiança
Levar vantagem em tudo	Política do ganha/ganha
Marketing Tradicional	Reverse Marketing
Ganhos de Curto Prazo	Economias de Escala
Pluralidade de Fornecedores	Fornecedor único
O preço que decide	Enfoque na qualidade
Antagonismo	Cooperação
Postura reativa	Postura criativa
Fornecedor como adversário	Fornecedor como sócio

Fonte: Alvarez, 1996

2.6 TERCEIRIZAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO

Com a evolução da Reforma do Aparelho do Estado, incrementaram-se os processos de privatização e reorganização que tinham como objetivo atribuir eficiência, eficácia e efetividade ao Estado, além de estimular a entrada de recursos externos para a reconstrução da economia brasileira.

Ramos (2001) defende que a necessidade de reformular o Estado vem de uma transformação que se processa em escala mundial, devendo o Estado inserir-se nesse processo de mudança de forma a tornar-se um instrumento de busca do bem comum, que se destaca como objetivo dentro do contexto da derrocada do Estado Liberal e do surgimento do Estado Social de Direito. Assim, as novas necessidades estatais se traduzem numa nova organização do trabalho que leva à “redução das estruturas empresariais, com demissão em massa de trabalhadores (o chamado desemprego estrutural), flexibilização das leis trabalhistas, contratações temporárias e de meio período e contratação de serviços de empresas (terceirização)”. (RAMOS, 2001, p. 45)

A terceirização, bastante utilizada no âmbito da iniciativa privada, aparece hoje entre os institutos pelos quais a Administração Pública moderna busca a parceria com o setor privado para a realização de suas atividades. Pode-se dizer que a terceirização constitui uma das formas da privatização (em sentido amplo) de que vem se socorrendo a Administração Pública. (DI PIETRO, 2002, p. 174)

Di Pietro (2002) considera que este sentido amplo de privatização e busca pela diminuição do tamanho do Estado pode abranger: a desregulação, a desmonopolização, a privatização de serviços públicos propriamente dita, a concessão de serviços públicos e as contratações de terceiros. Neste último a Administração Pública celebra ajustes de variados

tipos para buscar a colaboração do setor privado, como contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização) e os convênios.

Ainda de acordo com Di Pietro (2002), dentro do processo de terceirização de serviços públicos, não se pode confundir a *locação* com a *concessão ou permissão* destes serviços. A primeira tem por objeto, determinado serviço público como um todo. Já a última abrange todo o complexo de atividades indispensáveis à realização de um específico serviço público, envolvendo a gestão e a execução material. A autora conclui que a *gestão estratégica* deve estar sempre incumbida à pessoa jurídica pública titular do serviço, enquanto que a *gestão operacional e a gestão material* podem ser transferidas ao concessionário ou permissionário do serviço público.

Guglielmi apud Di Pietro (2002), afirma que no caso da concessão ou da permissão, o contratado, no exercício da *gestão operacional* do serviço, desenvolve pelo menos três competências:

- a) A competência de regulamentar os laços com usuários do serviço público, que são seus clientes.
- b) A competência para regulamentar os laços com os agentes do serviço público, que são seus empregados.
- c) A competência de direção do trabalho de instalação do serviço público, ou, pelo menos, a disposição dessas instalações. (GUGLIELMI *apud* DI PIETRO, 2002, p. 178)

Vale pontuar que, de acordo com Guglielmi *apud* Di Pietro (2002), a *gestão material* se resume à prestação de serviços, sua execução material, e a *gestão estratégica* se refere à escolha dos objetivos.

Alvarez (1996) coloca que uma boa estratégia de terceirização vai depender de uma *ação solidária entre as partes* (contratante e contratado), prevalecendo o interesse mútuo e a sua adoção em momento adequado, ou seja, “na ocasião da realização de outras mudanças”.

Giosa (2004) afirma que a Terceirização pode provocar nos municípios, mudanças quanto à qualidade, produtividade, redução de custos e valorização dos talentos humanos. O

autor acredita que as terceirizações são capazes de aumentar a oferta de emprego e que devem estar inseridas em um planejamento estratégico no qual

[...] muitas mudanças poderão ser propostas, seja em nível organizacional quanto em nível das normas, procedimentos e controles internos. Estas mudanças de postura, levarão, naturalmente, à revisão da missão dos órgãos públicos, modernização da máquina administrativa, condições otimizadas de gerenciamento, estímulo à criatividade e redução de custos. (Giosa, 2004)

O autor demonstra uma "planilha de operacionalização", na qual descreve as fases da Terceirização nos organismos públicos que deverão dar início integrado e equilibrado, para a sua implantação:

- a) Reconhecimento da vontade política dos dirigentes.
- b) Planejamento estratégico com a definição completa das áreas a serem terceirizadas e identificação efetiva da missão da empresa/órgão público.
- c) Detalhamento dos itens a serem terceirizados, com o aprofundamento dos estudos quanto a: custos envolvidos; qualidades dos serviços; áreas físicas; regionalização; interesse estratégico e logístico; mão-de-obra disponível e reenquadramento em áreas de futura expansão; identificação de prováveis fornecedores.
- d) Definição do contrato de parceria.
- e) Redefinição das funções operacionais e de coordenação junto às áreas terceirizáveis.
- f) Projeção de custos e benefícios, a curto e médio prazos.
- g) Disponibilidade de parcerias com ex-funcionários (atenção às leis vigentes).
- h) Controle/acompanhamento efetivo do processo através da diretoria e/ou grupo, com a viabilização múltipla dos envolvidos.
- i) Definição de índices identificadores dos resultados alcançados com a Terceirização.

O objetivo deste capítulo foi o de apresentar a transição, no Brasil, do enfoque no modelo de gestão burocrático, predominante desde 1935, para o modelo de gestão terceirizado, a partir da Reforma do Estado em 1995.

Pelo exposto, observa-se que, especificamente no que diz respeito aos serviços públicos de saúde, já vem ocorrendo uma evolução desde a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e das Normas Operacionais que regulamentam o SUS. As terceirizações, dentro desta perspectiva, teriam como objetivo não apenas adequar a oferta de serviços à abordagem do Novo Gerencialismo, mas também fazer com que os princípios do SUS fossem plenamente aplicados.

3. CARACTERÍSTICAS E FUNÇÕES DOS SERVIÇOS E ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Este capítulo objetiva apresentar a definição e as características básicas de serviços, particularmente discutindo as especificidades dos serviços de saúde, no que diz respeito ao mercado, às Políticas de Saúde no Brasil e ao processo de produção destes serviços, enfocando a organização hospitalar. O capítulo está organizado em subitens que discorrem sobre o Mercado de Serviços de Saúde, as Políticas de Saúde no Brasil e as Especificidades de organizações hospitalares.

Na sociedade pós-industrializada assume importância econômica o setor de serviços. Este setor passa por um processo de desenvolvimento que faz com que seja um dos responsáveis pelo emprego de parte considerável da população.

O setor de serviços é de difícil definição, já que apresenta uma grande diversidade de características a exemplo de práticas gerenciais, formas de trabalho, relações com cliente e público em geral. Entretanto, é parcialmente definido por Normann *apud* Salerno (2001) como “atividades relacionadas com transações intangíveis, que influenciam o acesso e a disponibilidade para objetos físicos, e que influenciam a utilização de outros tangíveis e intangíveis”, devendo ser levado em consideração, além disso, a oferta de serviços na qual não ocorre a relação direta com o cliente.

Outra definição de serviços é apresentada por Kon (2004) como atividades econômicas que produzem utilidades a tempo, lugar, forma e benefícios psicológicos. Nesta definição fica implícito que as atividades desenvolvidas pelo setor, estimulam a produção e a distribuição de bens e atende a necessidades das pessoas.

3.1 CARACTERÍSTICAS DE MERCADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Salerno (2001), os serviços de saúde são considerados típicos por envolverem a relação direta do usuário com o médico e/ou outros profissionais de saúde. Ao pensar numa organização hospitalar, o autor denota que as atividades típicas de serviços são apenas uma entre as muitas outras atividades que são realizadas neste âmbito, a exemplo de hotelaria, lavanderia, farmácia, refeitório, estoque, entre outros.

Os serviços de saúde são organizações destinadas a “cuidar”, e que se utilizam de competências variadas, combinando bens materiais e intangíveis e que tem como objetivo final a proteção contra doenças e manutenção da vida. O cuidado da vida exige investimentos crescentes, já que, como se sabe, ainda há muito que se descobrir e aperfeiçoar de forma a promover a saúde e evitar a doença. Assim sendo, trata-se de algo que nunca chegará à perfeição, já que a morte faz parte da vida, levando a demanda por serviços de saúde a ser sempre uma curva, se não em contínuo crescimento, pelo menos estável.

A atenção à saúde pode ser examinada sob dois enfoques: a) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde, inserindo-se no campo disciplinar da Política de Saúde; e b) como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo, no setor terciário da economia, dependendo de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado. (BRASIL, 2004)

Campos & Albuquerque (1999) detalham algumas das características econômicas e de mercado dos serviços de saúde, a exemplo de:

- a) O consumidor/paciente é incapaz de compor sua “cesta de serviços” devido às limitações de informação acerca de procedimentos médicos hospitalares (que demandam anos e anos de estudo), além de muitas de suas decisões estarem

vinculadas a um momento de aflição pessoal e familiar;

- b) Dificuldade para “racionalizar a produção”, a baixa incidência de determinada ocorrência (doença ou trauma) não necessariamente determina que não seja necessário o profissional especializado de plantão;
- c) Dificuldade de padronização de procedimentos, diagnósticos e medicamentos, visto que existe grande subjetividade no processo de trabalho em saúde;
- d) “Suportabilidade do risco” na assistência médica, visto que a doença é um fenômeno imprevisível, fazendo com que a informação ou o conhecimento médico se torne uma mercadoria de grande valor para quem necessita de assistência;
- e) A demanda é irregular e imprevisível, visto que está diretamente relacionada ao momento em que a doença ocorre. Isso corresponde a um risco associado a um custo pessoal (diminuição ou perda da capacidade de trabalho, por exemplo), além do custo específico do atendimento médico;
- f) O comportamento esperado do médico é diferente do comportamento esperado de um vendedor, já que sua atividade está diretamente relacionada à vida do seu paciente, sendo esperado que haja uma preocupação com o seu bem-estar. Além disso, o produto e a atividade de produção são idênticos, sendo impossível que a qualidade da “mercadoria” comprada seja testada previamente. Os autores apresentam outras diferenças entre a oferta de serviços comuns e de serviços médicos – não há propaganda de preços ou competição entre médicos. Disso resulta a expectativa que as informações para tratamento sejam destituídas de auto-interesse, sendo orientadas pela necessidade do caso, desconsiderando-se a situação financeira do usuário e sua família;
- g) Há uma grande incerteza com relação ao produto: “a recuperação de uma doença é tão imprevisível quanto a sua incidência”. Além disso, apesar do conhecimento

médico ser maior que o do paciente, o primeiro ainda é bastante limitado, visto que ainda há muitas áreas pouco conhecidas, sobre o funcionamento do corpo humano e do ponto de vista do conhecimento científico, sendo possível que o médico saiba fazer muito pouco para tratar determinado paciente;

- h) Dificuldade de se tornar profissional médico devido aos altos custos relacionados à educação, gerando pouca oferta para muita demanda;
- i) A determinação dos preços de serviços de saúde vai de acordo com a condição social do paciente, chegando ao custo zero para pacientes carentes. No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado. Assim, a assistência integral e de qualidade é assegurada sem custos para todo e qualquer cidadão.

Estas características fazem com que o mercado de serviços de saúde tenha um funcionamento peculiar, que o diferencia dos demais.

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DO ESTADO “GERENCIALISTA”

Desde a década de setenta do Século XX, estudos apontavam para a crise do setor de saúde, visto que a atenção à saúde estava subordinada a um sistema de serviços de saúde que tinha como características a insuficiência, a descoordenação, má distribuição de recursos, ineficiência e ineficácia da atenção e insatisfação de usuários, profissionais e gerentes do setor. O Estado, a esta época, atuava mediante a medicina previdenciária – o extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) – realizando ações

curativas para os segurados da Previdência e ações preventivas, através do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. A iniciativa privada buscava alternativas de consolidação e expansão, vendendo serviços ao próprio INAMPS, e buscando nichos através da prática de medicina liberal, com a estruturação da medicina supletiva, medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde, entre outros. (PAIM, 2004)

Na tentativa de responder a esta crise, foram empreendidas distintas políticas racionalizadoras no período autoritário, a exemplo da criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6.229/75), o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (CONASP) e o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), precursor da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). (PAIM, 2004)

Desde a derrocada do regime militar, no âmbito das Políticas de Saúde, o Brasil passa por um momento de Reformas e redefinição do perfil de gestão do seu sistema de saúde. Com a conquista da democracia, a sociedade participou ativamente na formulação de proposições políticas para a saúde. Neste sentido, é um marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual a sociedade debateu em torno de temas como o direito à saúde e cidadania, culminando na reformulação do sistema nacional de saúde e alternativas de financiamento do setor – o denominado movimento da Reforma Sanitária brasileira. As recomendações da VIII Conferência foram incorporadas à Constituição Federal de 1988. A partir de então teve início a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que, posteriormente, com as Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram aprovados os dispositivos legais do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM, 2004; NORONHA, 2004)

Garantidos os dispositivos legais, foram então reformulados os papéis e funções dos entes governamentais na gestão do Sistema Único de Saúde, adotando-se novos critérios de distribuição e transferência de recursos além de se criar e ampliar as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, na intenção de envolver gestores, prestadores de serviços,

profissionais de saúde e usuários na tomada de decisões. (NORONHA, 2004)

Os serviços públicos de saúde, no Brasil, desde a Constituição Federal – CF de 1988 e em 1990 com a Lei 8080, passaram a ser regidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como principal objetivo garantir que o artigo 196 da Constituição seja cumprido:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A CF de 1988 assegura ainda a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui o Sistema Único e possui como diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade.

Além disso, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma complementar ao SUS.

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS e “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” só foi promulgada dois anos depois da CF. Nesta Lei, o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Os princípios e diretrizes do SUS estão dispostos no capítulo III da referida Lei.

Para fins deste estudo são relevantes os seguintes princípios: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) assistência integral³; c) descentralização político-administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os

³ A integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações que envolvem os serviços preventivos e curativos.

municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços.

O SUS foi criado com objetivo de unificar procedimentos administrativos em todo o país em torno de um sistema único, oferecer serviços de forma equânime e descentralizar as ações até a esfera municipal, de modo que se tenha autonomia para a execução de serviços, ao mesmo tempo em que é mantida a regulação e o controle das ações pelo Estado, visando à garantia do acesso de todos os usuários em todos os níveis de complexidade tecnológica.

Para Campos & Albuquerque (1999), a proposta de organização do SUS, um sistema de saúde “universal, equitativo, com uma abordagem integral e socialmente controlada”, é um grande avanço conceitual para os serviços de saúde no Brasil, entretanto representa uma grande complicação operacional ao se considerar o quadro de assistência à saúde no país. Boelen *apud* Campos & Albuquerque (1999) propõe uma análise que contemple quatro conceitos polares: equidade se contrapondo a qualidade, e relevância se contrapondo à relação custo/efetividade. Isso quer dizer que seria simples criar um sistema que priorizasse a oferta das ações básicas de saúde e o acesso aos grupos mais vulneráveis, ou seria fácil se preocupar exclusivamente com a qualidade destes serviços, a dificuldade estaria em aliar os dois aspectos. Ao mesmo tempo é simples oferecer todos os serviços de saúde relevantes, sem se pensar no custo envolvido, ou apenas se pensar nestes custos, o que com certeza prejudicaria a oferta de serviços relevantes, mas de alto custo. O grande desafio brasileiro, e que se constitui no conflito descrito na CF de 1988, é atingir estes quatro pontos ao mesmo tempo.

Draibe *apud* Noronha (2004) afirma que para implementar o SUS em sua concepção original é necessário romper com o modelo sobre o qual os serviços de saúde pública no Brasil foram estruturados. O autor considera a conjuntura político-econômica internacional e nacional desfavorável a políticas sociais “abrangentes e distributivas”, que se traduzem em dois grupos de problemas: a) alto grau de exclusão e heterogeneidade, geradas pelas grandes desigualdades sociais no Brasil; e b) características do modelo de serviços de saúde no Brasil

antes das reformas: “centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade”.

Para estimular a participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde foi promulgada a Lei 8.142/90 que trata do Controle Social, regulamentando a participação da comunidade na gestão do SUS, dispondo também sobre transferências de recursos financeiros intergovernamentais. A lei prevê a criação, em cada esfera de governo, do Conselho de Saúde, órgão deliberativo que conta com representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde e na atuação financeira. (BRASIL, 1990)

Neste cenário há que se considerar o aumento da capacidade regulatória, expresso pelo número de Normas Operacionais editadas pelo ministério da Saúde. A partir de 1991 foram promulgadas seis Normas Operacionais do SUS (NOB 1991, 1992, 1993 e 1996 e NOAS⁴ 2001 e 2002) que se tornaram os principais instrumentos de regulação nacional do processo de descentralização do sistema de saúde através do controle de mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais municipais e prestadores de serviços a exemplo de: a) definição da condição de gestão e tetos financeiros; b) vinculações de recursos a ações e programas específicos; c) administração da tabela nacional de remuneração de prestadores de serviços; entre outros. (BRASIL, 1996; NORONHA, 2004)

De acordo com Noronha (2004) as normas operacionais são marcadas por um debate envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e refletem acordo destes, num dado momento, no que diz respeito às políticas de descentralização. Todas as normas, que são de caráter transitório, foram sendo complementadas por outras portarias federais e foram sucessivamente substituídas, e basicamente definem:

- a) As atribuições dos gestores nas três esferas de governo, no que diz respeito ao planejamento e à programação da assistência à saúde;

- b) As responsabilidades e prerrogativas financeiras associadas às diferentes condições de gestão⁵ de estados e municípios;
- c) Os requisitos específicos que servem como base para avaliação da capacidade gestora das secretarias estaduais e municipais que pleiteiam a habilitação nas condições de gestão previstas, a serem concedidas através dos diferentes níveis de representação governamental no âmbito estadual (Comissão Intergestores Bipartite–CIB) e federal (Comissão Intergestores Tripartite – CIT). (NORONHA, 2004).

Além disso, as Normas Operacionais do SUS se configuram como espaços de negociação e de pactuação de interesses na área de saúde, abrindo espaço para a emergência e fortalecimento de novos representantes na arena decisória política, através de um crescente processo de democratização e descentralização aliada à política, neutralizando coalizões anti-reformas. (NORONHA, 2004)

O Quadro 2, apresentado por Noronha (2004), demonstra os principais aspectos que representaram a evolução das NO's:

⁴ Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)

⁵ As condições de gestão foram estabelecidas, inicialmente, pela NOB/93 e dizem respeito à capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a partir de um conjunto de exigências e prerrogativas financeiras, estando relacionadas a diferentes graus de autonomia da gestão dos recursos utilizados para remuneração das ações e serviços prestados no âmbito do SUS. (NORONHA, 2004)

Quadro 2 – Elementos Constitutivos da Regulação do Processo de Descentralização: Racionalidade Sistêmica, Financiamento Federal e Modelos de Atenção a Saúde, Segundo as NOB de 1991, 1993, 1996 e a NOAS, versão 2001 E 2002.

Normas	Racionalidade Sistêmica	Financiamento Federal	Modelos de Atenção
NOB 91	Ausente	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	Ausente
NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada; Transferência "fundo a fundo", segundo montante definido no teto financeiro;	Define responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a modalidade semiplena ⁶
NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual.	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada; Transferência "fundo a fundo", segundo montante definido no teto financeiro; Transferência "fundo a fundo" segundo valor per capita; Transferência "fundo a fundo" segundo critérios definidos por programas específicos;	PACS / PSF; ⁷ Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena.);
NOAS 2001 e 2002	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenações da instância estadual (PPI, PDR, PDI) ⁸ .	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada; Transferência "fundo a fundo", segundo montante definido no teto financeiro; Transferência "fundo a fundo" segundo valor per capita; Transferência "fundo a fundo" segundo critérios definidos por programas específicos; Transferência "fundo a fundo" segundo valor per capita e definição de referências intermunicipais.	Mantém o definido na NOB 96 e acrescenta: Definição de responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica; Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade; Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade; Criação de protocolos para assistência médica.

Fonte: Viana, A.L.; Heinmann, L.S.; Lima, L.D.; Oliveira, R.G. Rodrigues, S. H., 2002. Descentralização do SUS: Efeitos da NOB-SUS 01/96. In Viana A. L. & Negri, B. (Orgs). O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio. São Paulo: Sobravime; Cealag, p: 475.

⁶ A NOB 93 previa três níveis de responsabilidades e prerrogativas financeiras associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios: incipiente, parcial e semiplena.

⁷ A NOB 96 prevê um incentivo financeiro de acréscimo percentual ao montante do Piso Assistencial Básico (PAB) , para os municípios que tiverem o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência atuando integradamente à rede municipal, de forma a estimular a implantação destes programas nos municípios. O PAB consiste no montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal, e é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município. (BRASIL, 1996/NOB 96)

⁸ A Programação Pactuada e Integrada (PPI) traduz as responsabilidades de cada município no sentido de garantir o acesso da população aos serviços de saúde no próprio município ou em municípios vizinhos e envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica e controle de doenças. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento de ordenamento da regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, tem como base as prioridades de intervenção coerente com as necessidades de saúde da população e garantia do acesso.

Em 2005 foi promulgada a NOB/RH, que fala especificamente sobre Recursos Humanos diretamente vinculados ao SUS, e que tem como principal justificativa resolver problemas constantes em organizações de serviços públicos de saúde a exemplo de trabalhadores com direitos e deveres diferenciados, convivendo no mesmo local de trabalho. Constam da Norma Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho, política de desenvolvimento do trabalhador, política de saúde ocupacional, controle social da gestão do trabalho, entre outros. (BRASIL, 2005)

Por um lado, o que se percebe é que, com o aperfeiçoamento das NOB's, ao longo dos anos foi-se tentando consolidar os princípios do SUS apresentados nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, delegando autoridade aos Estados e Municípios ao mesmo tempo em que se incrementam os mecanismos de controle a partir dos repasses financeiros e da vinculação de verbas, além de se estimular a adoção de programas de saúde. Por outro lado, a Lei complementar nº82 de 27 de março de 1995, associa despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federal, estadual e municipal, limitando o gasto a, no máximo, 60% para os estados e municípios e a 50% da receita líquida federal. Isso limita a autonomia das organizações públicas na realização de processos seletivos de pessoal, conforme a necessidade do serviço, e estimula outras formas de gestão da força de trabalho que não aquelas referentes à administração direta e indireta.

Posteriormente a emenda constitucional 19/98 definiu duas formas de vinculação do servidor público ao órgão do estado: o regime estatutário (prevalecendo para as funções que compõem o denominado núcleo estratégico) e o regime celetista. Há uma forte tendência dos governantes para que os serviços da saúde sejam compostos por empregados públicos celetistas.

Ao tempo em que o Sistema Único de Saúde foi sendo implantado, os modos regulatórios se expandiram e a Reforma do Estado foi ampliando e definindo as áreas

estratégicas, constituindo o que Bresser Pereira (1995) denomina de Núcleo Estratégico, no qual não estão incluídos os Serviços de Saúde.

O processo de descentralização trouxe também, como consequência, a possibilidade de que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde passassem a definir os modelos de Gestão dos seus serviços, principalmente no que se refere à assistência. Assim, os hospitais passaram a ser geridos por Organizações Sociais (OS's), empresas terceirizadas, cooperativas, etc.

3.3 ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ENFOQUE NA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Nesta seção são discutidos os fatores que fazem dos serviços de saúde, e mais especificamente dos hospitais, organizações peculiares à luz da Administração, classificados por pensadores, a exemplo de Mintzberg (1995), como organizações complexas.

A Administração vem se desenvolvendo, ao longo dos anos, de forma a adaptar-se aos diferentes aspectos e cenários encontrados nas diferentes organizações. Passou a ser subdividida em segmentos como gestão de pessoal, finanças, produção, *marketing*, e no Século XXI, nota-se que apenas essas subdivisões não são suficientes para abarcar todas as especificidades vivenciadas pelas diferentes organizações.

No que diz respeito aos serviços de saúde não é diferente. A administração precisou adaptar-se às suas especificidades, de forma que pudesse atender às suas demandas organizacionais, tanto no que diz respeito à oferta de serviços privados quanto públicos.

A necessidade de cura surge concomitantemente ao surgimento do ser humano,

fazendo com que a profissão de médico, em seu estágio primário, seja uma das primeiras na história da humanidade. Desta forma, acontece também com as organizações hospitalares, estando dentre as mais antigas da sociedade.

A palavra hospital tem origem no latim *hospitalis*, derivado de hospitalidade, que significa hospedaria ou albergue. Os hospitais surgiram na antiguidade e sua existência esteve sempre associada a serviços religiosos. Os templos que egípcios, gregos e babilônios dedicavam às divindade protetoras da saúde, funcionavam também como escolas de medicina e como lugar de tratamento de pessoas enfermas. No início da era cristã, na Europa do fim do Século IV, surgiram casas destinadas ao tratamento das vítimas de desastres e casas que serviam de refúgio aos doentes e indigentes. Na Idade Média os religiosos criaram, junto aos mosteiros, hospitais para cegos, leprosos e outros doentes. No final do Século XVIII ocorreram as primeiras reformas relativas à higiene e à regulamentação interna. Já no Século XX, não se considera mais o hospital como uma instituição de caridade, mas como um estabelecimento de cuidados, aberto a todas as classes sociais.

No Brasil, os primeiros hospitais foram as Santas Casas de Misericórdia, trazidas junto com a colonização portuguesa. A partir do Séc. XVII surgem, no país, os hospitais militares e as enfermarias mantidas por ordens religiosas. Já no Séc. XVIII surgem os lazaretos, para pacientes portadores de hanseníase, e enfermarias nas cidades, para o tratamento de presos e funcionários públicos. A partir do Século XIX se instalaram, no país, hospitais gerais destinados a todas as classes sociais, já que a medicina moderna necessitava de instalações caras e de alta complexidade tecnológica. Esta evolução fez com que as tarefas fossem se agrupando em blocos conforme as especialidades, constituindo-se em diferentes formas de organização do trabalho no ambiente interno hospitalar.

Braga Neto (1990) faz uma distinção entre o processo de produção em indústrias em contraponto à área hospitalar, detalhando que nas indústrias o mesmo encontra-se definido,

havendo padronização no uso de insumos e rotinas operacionais, além de especificações sobre as características do produto ao sair da fábrica. Isso pode ser estendido à oferta de serviços, já que padrões de qualidade em oferta de serviços já são perfeitamente mensuráveis. O autor aponta que na área hospitalar a situação é muito diferente, pois não se “processam pessoas”, o produto final é indefinido, podendo ser a cura, o óbito ou, simplesmente, a melhoria da coindição de saúde do usuário e cada um corresponde a um caso em particular. Assim, a definição dos “processos de produção” e a mensuração dos “produtos”, é mais difícil e complexa na organização hospitalar do que nas demais organizações prestadoras de serviços.

De acordo com Seixas (2003), o hospital deve ser enxergado como um organismo vivo que sofre influências do seu meio e também das evoluções tecnológicas, das mudanças na educação, na comunicação, na sociologia, na economia e na política.

Para Minzberg *apud* Azevedo (2002) o sistema de saúde é um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea, dado que é constituído por “organizações extraordinariamente complexas”, que apresentam particularidades quanto ao seu modo de funcionamento. Azevedo (2002) identifica as organizações de saúde pelas suas especificidades relativas ao processo de trabalho, dinâmica, estrutura e funcionamento.

O funcionamento de uma organização de saúde é complexo tanto pela nobreza e amplitude de sua missão, como por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, que visa à prestação da assistência em caráter preventivo, curativo e reabilitador, além de utilizar-se de tecnologia de ponta e constituir-se em um espaço de prática, ensino, aprendizagem e acrescentamos produção de conhecimento. (AZEVEDO *apud* GURGEL JÚNIOR, 2002)

Em organizações hospitalares o trabalho profissional é altamente especializado, complexo e de difícil mensuração, fazendo com que seja necessário certo grau de autonomia, principalmente ao profissional médico, o que gera um ambiente propício a conflitos entre

profissionais de saúde e da administração. Assim, faz-se necessário um processo de negociação permanente já que diferentes serviços tendem a se comportar de forma independente e interdependente, indo de encontro à lógica de utilização dos recursos. (AZEVEDO, 2002)

Azevedo (2002), citando Mintzberg e Braga Neto, afirma que nesse ambiente “cada decisão é fruto de um jogo de forças contingentes”, visto que o poder é partilhado e há uma disputa entre os diferentes grupos para impor suas orientações, fazendo com que a elaboração de estratégias seja descontinuada. Do ponto de vista operacional, esta característica dificulta a implantação e sustentabilidade de qualquer modelo de gestão, tornando as mudanças difíceis de serem implantadas.

No que diz respeito à sua estrutura gerencial, Azevedo (2002) afirma existirem duas linhas de comando, que possuem lógicas, valores e interesses diferentes: a linha administrativa e linha profissional/assistencial. A primeira é direcionada pelos serviços administrativos e de suporte, guiada pela racionalidade econômica e organizada hierarquicamente. Já a segunda, orientada pelas necessidades assistenciais, possui uma outra linha de autoridade e dispõe, muitas vezes, de uma estrutura colegiada multidisciplinar, de forma a orientar o gerenciamento de serviços clínicos que exigem mecanismos gerenciais mais fluidos.

Braga Neto *apud* Mendes (1994) afirma que a complexidade da organização hospitalar exige uma estruturação interna diferenciada, na qual coexistam um sistema hierarquizado de mando e outro vertical, dirigido às atividades repetitivas, realizadas por funcionários menos qualificados, e um sistema horizontalizado, participativo e informal, relativo à atividade médica e envolvendo estes profissionais. Esta afirmação se baseia em estudo realizado em 30 hospitais comunitários americanos que concluiu que a organização vertical, hierárquica, foi mais eficiente para os grupos de trabalho pouco complexos, a exemplo de lavanderia,

higienização, manutenção, laboratório e Raios-X. Já no que diz respeito às atividades clínicas, que exigiam maior complexidade, a gestão participativa passou a ser tida como mais eficiente. Duncan Neuhasen apud Mendes (1994).

Isso pode significar que quanto maior o nível intelectual do grupo de trabalho, maior a necessidade de participação nas decisões finais, independente da complexidade do serviço a ser realizado, já que o profissional se sente capaz de participar e é responsável pelos resultados.

Neste raciocínio, Dennis apud Azevedo (2002) afirma que:

[...] o hospital expressaria um tipo ideal de anarquia organizada, já que apresenta incerteza quanto à definição de objetivos, fontes múltiplas e difusas de autoridade, a presença de inúmeros fatores determinantes da performance organizacional, e poucos sobre seu controle, dispondo de uma estrutura de autoridade ambígua, sobretudo em função do *status* particular dos médicos. (AZEVEDO, 2002, p. 62)

Para Mintzberg apud Mendes (1994) o hospital está classificado entre as organizações profissionais, visto que a determinação dos procedimentos não é uma função do administrador, embora os recursos tenham que estar previamente disponíveis cabendo aos profissionais, técnicos da área de saúde, estabelecer os padrões de utilização e a definição dos procedimentos.

A análise de custo total das organizações hospitalares depende da relação entre custo do profissional médico *versus* custo gerado pelo profissional médico. Para tanto há que se considerar que, dos custos de um hospital, 20% das despesas corresponde aos salários dos médicos e 80% das despesas assistenciais são provenientes das solicitações de procedimentos feitas pelos médicos, a exemplo de solicitações de exames (de material biológico, Raios-X, ultra-sonografia, ressonância magnética, entre outros) e tempo de internação do paciente (gastos com hotelaria). Eisenberg apud Mendes (1994). Assim, os médicos são os principais definidores das despesas.

Gurgel Júnior (2002), com base em trabalhos de Campos, Foucault, Azevedo, Nogueira e Mintzberg, faz uma síntese das características das organizações hospitalares:

- a) As necessidades humanas se sobrepõem as necessidades mercantis, fazendo com que as leis de mercado não se apliquem bem ao setor. Prioridades não-mercantis se impõem independente dos custos de produção, valor de mercado ou preços praticados.
- b) Por ser um segmento cronicamente carente de recursos financeiros, principalmente em países de baixa renda, a concorrência não é um elemento forte no ambiente dessas organizações.
- c) Existe uma grande variação quanto ao tipo de assistência demandada, além do comportamento de cada paciente ser diferente, dificultando a padronização do processo de trabalho e a racionalização da oferta de serviços.
- d) O grau de especialização necessário para que se possa ofertar o serviço faz com que os pacientes, em geral, sejam leigos em relação à sua necessidade, dificultando o exercício das suas opções de consumo.
- e) O atendimento a um paciente é executado por uma equipe multidisciplinar, com variados graus de escolaridade e formação, além de interesses corporativos distintos.
- f) A categoria médica não possui tolerância para sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes.

As organizações hospitalares são uma burocracia profissional, na qual o setor operacional tem grande importância, visto que tenciona e concentra o poder. O principal mecanismo de controle é exercido pelos Conselhos de Classe, órgãos fiscalizadores externos ao hospital, o que atribui aos profissionais autonomia e independência da gerência estratégica no seu campo de trabalho, podendo ser um grande gerador de conflitos dentro da organização. Além disso, tal condição enfraquece o vínculo profissional *versus* hospital, gerando

dificuldades no que diz respeito à resistência às mudanças.

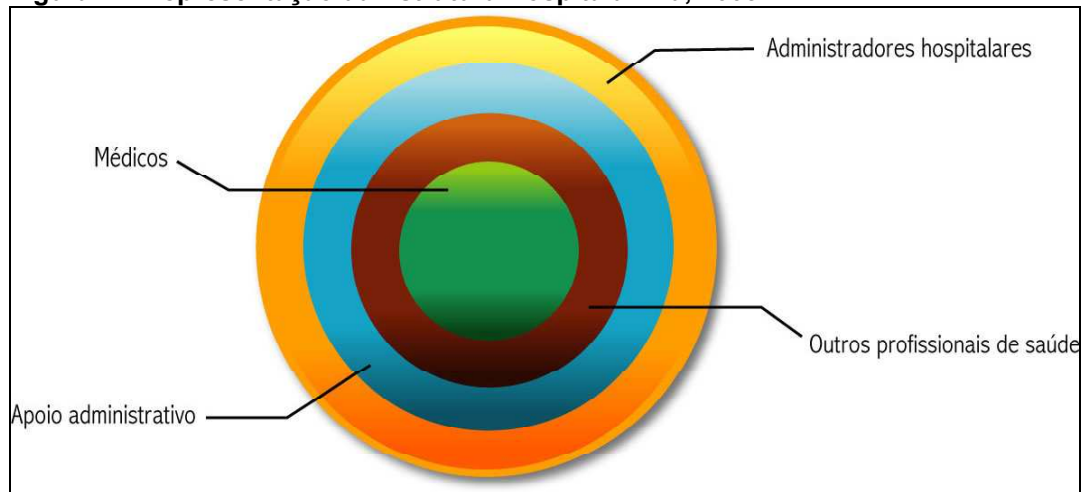
Além desses aspectos, Gurgel (2002) ressalta outros aspectos que dificultam ou impossibilitam o funcionamento adequado do hospital, tais como: questões éticas e legais que atribuem normas ao setor saúde, a lógica de acumulação lucrativa dos mercados no serviço privado e, no serviço público, a necessidade de viabilidade e sustentabilidade financeira, a contraposição entre interesses dos usuários, dos trabalhadores do setor, dos acionistas (caso do setor privado), de fornecedores de insumos, da gerência hospitalar e, finalmente, do governo. Estes aspectos necessitam ser considerados na perspectiva dos modelos de gestão.

O hospital vem se mostrando como uma das mais importantes organizações criadas pela sociedade e a sua complexidade organizacional é denotada por diversos autores. De forma panorâmica, esta revisão pode enfatizar a variedade de profissionais que atuam em uma unidade hospitalar, a tenuidade da divisão de trabalho e interdependência entre as diferentes profissões, os paralelos e complexos processos de produção, a incessante capacidade de absorção de tecnologias assistenciais e gerenciais, a relação com o ambiente externo, no que diz respeito a influência das Políticas de Saúde, o contato com fornecedores e usuários e as conseqüências advindas destas relações.

A organização dos processos de trabalho em uma unidade hospitalar se apresenta como círculos inscritos e concêntricos, que tem como centro o profissional médico, responsável principal pelos gastos, pela cura e pela demanda, e uma rede de profissionais que, sem perder sua importância individual e profissional, atua para que a prescrição do médico seja seguida e a cura ou o cuidado se efetive. Este processo envolve, diretamente, médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, radiologistas, auxiliares de laboratório e auxiliares de enfermagem. Além disso, a estrutura organizacional hospitalar necessita de outros profissionais como estatísticos, físicos, administradores, programadores e analistas de

sistemas, contadores, advogados, etc. Nesta estrutura, o administrador hospitalar é o profissional que pode contribuir para integrar os diferentes processos de produção fazendo com que sejam executados de forma eficiente, eficaz, efetiva e, sobretudo, harmoniosa. A Figura 1 exemplifica a estrutura hospitalar como exposta acima:

Figura 1 – Representação da Estrutura Hospitalar. Ba, 2005.



Fonte: elaborado pela autora a partir da análise do referencial teórico.

É importante observar que dentro dessa estrutura não há profissional mais importante do que outro, ou qualquer relação hierárquica entre os diferentes profissionais das equipes de saúde e administrativa de um hospital, mas existe uma ordem e uma divisão de processos, que apresentam diversas nuances, e que fazem do hospital uma organização extremamente complexa.

Neste capítulo pode-se observar que a administração de serviços de saúde, especificamente hospitais, sejam estes públicos ou privados, exige habilidades e competências diferenciadas do administrador hospitalar. Para o sucesso destas organizações e, no caso do SUS, para garantir a equidade e universalidade preconizadas, com qualidade e redução de custos é imprescindível que haja profissionais competentes responsáveis por cada uma destas organizações hospitalares.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O método científico é utilizado para que o conhecimento, que é o objetivo principal da pesquisa, seja alcançado da forma mais fidedigna possível, através de atividades sistematizadas e racionais que irão auxiliar as decisões do cientista, permitindo segurança e a detecção de erros. (LAKATOS & MARCONI, 1996)

Neste capítulo é apresentada a trajetória metodológica utilizada para a realização desta pesquisa, iniciando com o tipo de estudo, o *locus da pesquisa* e a amostragem utilizada. Em seguida são apresentados o instrumento de coleta e a análise dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa comparativa exploratória, do tipo descritiva e de abordagem quantitativa, que tem como suporte analítico, medidas e cálculos mensuráveis. O estudo empírico foi desenvolvido através da coleta, da tabulação, da análise e da comparação de indicadores para a caracterização dos modelos de gestão e de utilização de práticas contemporâneas de gestão.

Trata-se de um estudo que compara modelos considerados burocráticos e terceirizados, adotados por hospitais públicos baianos. Para tanto é feita análise da utilização de práticas contemporâneas de gestão, observando fatos encontrados na realidade dos hospitais pesquisados e estabelecendo comparações entre as variáveis. É exploratório, à

medida em que parte de uma hipótese e procura aprofundar o estudo nos limites da realidade hospitalar, buscando obter maior conhecimento sobre a mesma.

O método comparativo, de acordo com Lakatos e Marconi (1996), realiza comparações com a finalidade de “verificar similitudes e explicar divergências”, sendo usado para comparações entre grupos no presente, no passado e entre as duas épocas. É também utilizado para a comparação entre sociedades em iguais ou diferentes estágios de desenvolvimento, sendo utilizado para esta pesquisa que procura identificar em que medida os modelos de gestão adotados nos hospitais públicos no contexto baiano, influenciam na adoção de práticas contemporâneas de gestão.

4.2 LÓCUS DA PESQUISA

O *lócus* deste estudo são os hospitais públicos do Estado da Bahia, com modelo de gestão burocrático e aqueles que passaram por um processo de terceirização de sua gestão. Para fins deste estudo são denominados hospitais com modelo de gestão burocrático aqueles que, por permanecerem sob a tutela administrativa do Estado, continuam com o antigo modelo de gestão burocrático, que foi implantado no Brasil em 1936 e vem passando por um processo de modernização e reformulação desde a Reforma do Aparelho do Estado, em 1995.

No modelo tradicional ou burocrático de gestão os hospitais apresentam características descritas por Weber, que neste caso identificam-se por: a) existência de regras formais; b) relações de autoridade entre posições hierárquicas definidas por competências, divisão de trabalho, separação pessoa-cargo e funções administrativas exercidas de modo continuado, com base em documentos escritos e c) trabalho como ocupação em tempo

integral, base contratual e salário estipulado em dinheiro, entre outras características descritas no Capítulo 1 deste trabalho.

Para caracterizar a terceirização da gestão considerou-se a transferência da responsabilidade por um serviço, no caso a gestão do hospital, para uma empresa denominada “terceira”. A terceirização combina objetivos econômicos como a redução de custos organizacionais (aumento da flexibilidade), com o objetivo de aumentar a qualidade, produtividade e competitividade. Trata-se de repassar a gestão pública dos hospitais a entidades de direito privado, havendo diferenças principalmente no que diz respeito à forma de contratação de pessoal. Na prática, são observadas nestas organizações relações de trabalho através de prestação de serviços e cooperativas. O modelo de gestão dos hospitais terceirizados adota a abordagem do Novo Gerencialismo, e por serem hospitais públicos, atendem a pacientes do SUS, o seu processo de terceirização possui algumas especificidades.

O processo de terceirização dos hospitais obedece aos mesmos procedimentos licitatórios utilizados para a contratação de qualquer serviço. Entretanto, o item experiência, segundo os gestores da SESAB, vem sendo um dos mais importantes, embora continue prevalecendo a orientação do menor preço. Os serviços prestados ao estado pela empresa contratada são determinados através de um contrato pactuado anualmente, sendo o repasse de recursos mensal. O valor dos contratos é calculado com base na capacidade instalada do hospital e o estado controla a oferta destes serviços através da determinação de metas de produção de serviços a serem prestados, devendo ser cumpridos pelo menos 80% das metas, sob pena de desconto no repasse de recursos no mês seguinte. (BAHIA. 2002)

4.3 AMOSTRA

Utilizou-se, como base para cálculo amostral, a metodologia de amostragem aleatória simples, assumindo-se um erro amostral de 10%, com um nível de confiança de 90%. De um universo de quarenta e três hospitais públicos existentes no Estado da Bahia, em 2003, foram selecionados, probabilisticamente, os dezenove hospitais que são referências regionais na prestação de serviço de assistência à saúde (Quadro 3).

O modelo de gestão desses hospitais (Quadro 3 e 3.1) é a característica fundamental considerada neste estudo, pois pode se relacionar diretamente com a adoção de práticas contemporâneas de gestão. Assim, este aspecto é considerado como objeto principal de análise e de comparação na apresentação dos resultados.

Os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos do Estado da Bahia, no momento da coleta de dados, eram o Modelo Burocrático (quando da administração direta) e o Modelo Terceirizado (quando possuem contrato de gestão). Esta classificação foi fornecida pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Quadro 3 – Unidades Hospitalares Pesquisadas e seus Modelos de Gestão. Bahia, 2003.

Nº	UNIDADE HOSPITALAR	MODELO DE GESTÃO
01	Hospital Regional de Macaúbas	Burocrático
02	Hospital Geral de Vitória da Conquista	Burocrático
03	Hospital Eurico Dutra	Burocrático
04	Hospital Geral Menandro de Farias	Burocrático
05	Hospital Geral de Itamaraju	Burocrático
06	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	Burocrático
07	Hospital de Jeremoabo	Burocrático
08	Hospital Geral do Estado	Burocrático
09	Hospital Geral de Ipiaú	Burocrático
10	Hospital Municipal de Mundo novo	Burocrático
11	Hospital Geral Roberto Santos	Burocrático
12	Hospital Eurídice Santana	Terceirizado
13	Hospital Professor Carvalho Luz	Terceirizado
14	Hospital Eládio Lasserre	Terceirizado
15	Hospital Luís Eduardo Magalhães	Terceirizado
16	Hospital de Paulo Afonso	Terceirizado
17	Hospital de Ibotirama	Terceirizado
18	Hospital Geral de Itaparica	Terceirizado
19	Hospital Regional de Guanambi	Terceirizado

Fonte: Pesquisa de Campo.

Conforme se observa no Quadro 3, na amostra estudada 11 hospitais classificam-se como tendo modelo de gestão tradicional ou burocrático (57,9%) e 8 hospitais como sendo terceirizados (42,1%) (Quadro 3.1).

Quadro 3.1 - Número e percentagem de hospitais por modelo de gestão, Bahia, 2003.

MODELO DE GESTÃO	Nº DE HOSPITAIS	%
Burocrático	11	57,9
Terceirizado	8	42,1
TOTAL	19	100%

Fonte: Pesquisa de Campo

A partir das informações da SESAB, que classifica os hospitais como burocráticos e terceirizados, foi observada a existência das características descritas acima para cada modelo de gestão. Estas características embasam a análise dos dados desta pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Após o consentimento formal da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para iniciar a pesquisa, foi realizada a coleta de dados através da aplicação de questionários, contendo questões que respondem aos indicadores de adoção de práticas contemporâneas de gestão, descritos abaixo, que fundamentam a análise dos dados do estudo empírico.

O instrumento de coleta foi validado mediante aplicação de pré-teste, fazendo-se as modificações pertinentes. Os questionários foram aplicados por bolsistas, previamente treinados, contratados pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão (FAPEX) e pela autora desta pesquisa, de janeiro a abril de 2004, a diretores e a gerentes intermediários responsáveis por serviços assistenciais e administrativos dos hospitais, designados pelos diretores. Do

questionário geral⁹ (Apêndice B) foram selecionadas 28 questões, que pautaram os indicadores desta pesquisa, sendo elaborado para este estudo um questionário de avaliação (Apêndice B).

De acordo com a ética na pesquisa e conforme prevê a Resolução 196/96 (BRASIL, 1997), que regulamenta a bioética no Brasil, solicitou-se ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Apêndice A).

4.5 INDICADORES

Para a determinação dos indicadores foi utilizado o referencial teórico dos modelos de gestão burocrático e terceirizado, apresentados no Capítulo 1, considerando-se as especificidades dos serviços de saúde, apresentadas no Capítulo 2.

No que diz respeito ao modelo de gestão burocrático, foram usadas como base de referência as dimensões da burocracia weberiana sintetizadas por Hall (1971): hierarquia de autoridade definida; divisão do trabalho baseada na especialização funcional; competência técnica; normas de procedimento para atuação no cargo; normas que controlam o comportamento dos empregados; autoridade limitada do cargo; gratificação diferencial por cargo; impessoalidade dos contatos pessoais; separação entre propriedade e administração; ênfase nas comunicações escritas e disciplina racional.

No que concerne ao Novo Gerencialismo foram utilizadas as dimensões de Osborne e Gaebler, sintetizadas por Martins (1997): preferência a alternativas de produção externa de

⁹ O questionário geral faz parte da pesquisa “Avaliação dos Modelos de Gestão Adotados pelos Hospitais Públicos do Estado da Bahia na Perspectiva de Implementação do Modelo Assistencial de Vigilância à Saúde”, coordenada pela orientadora desta dissertação.

bens e serviços: terceirização, parcerias governo – sociedade civil e voluntarismo; gestão participativa de programas e projetos com clientes; estímulo à competição externa e interna; desregulamentação interna, simplificação organizacional e classificação de papéis e missões; avaliação e financiamentos baseados em resultados; imagem do cliente como consumidor: com direito a escolhas, pesquisas de preferências e atitudes, treinamento de atendimento e formulários de sugestões; criação de centros de resultados financeiros, promovendo ação pública rentável; antevisão estratégica de serviços; descentralização e desconcentração: controle hierárquico versus autoridade, desenvolvimento de equipes (*team building*), gestão participativa, cooperação trabalhadores – gerentes, círculos de controle de qualidade e programas de desenvolvimento gerencial; atendimento das finalidades governamentais através da reestruturação do mercado.

As práticas contemporâneas de gestão são analisadas, neste estudo, tendo como referência não apenas os preceitos do Novo Gerencialismo, mas também as adaptações da legislação brasileira à nova ordem de gestão pública mundial. Seus indicadores foram construídos seguindo, principalmente, os princípios de preferência à alternativas de produção externa de bens e serviços, gestão participativa de programas e projetos com clientes¹⁰, imagem do cliente como consumidor e gestão com qualidade¹¹.

Ademais, levou-se em consideração para a determinação dos indicadores o quadro de Alvarez (1996), que sintetiza a evolução da transição do enfoque tradicional para um novo modelo de gestão, analisando especificamente as Terceirizações (Quadro 1, Capítulo 1).

Os indicadores utilizados são divididos em gerais, específicos e respectivas variáveis.

¹⁰ Previsto por Osborne e Gaebler (1992) nas diretrizes da “reinvenção do governo”, mas também já previsto na Legislação Brasileira através da Lei 8142/90 que insere os Conselhos de Saúde e prevê a participação da comunidade na gestão do SUS.

¹¹ Em 1991 foi lançado o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), como uma iniciativa governamental, com o objetivo de ajudar o País a se adaptar a uma nova ordem de integração com a comunidade econômica mundial.

❖ Indicadores Gerais

- a) Perfil do Gestor.
- b) Utilização de Práticas Tradicionais de Gestão.
- c) Utilização de Práticas Contemporâneas de Gestão.

4.5.1 Indicadores Específicos do Indicador Geral Perfil do Gestor

- a) Grau de Profissionalização do Gestor.
- b) Índice de Pessoal Administrativo de Nível Superior.

O Perfil do Gestor é usado neste trabalho para descrever o grau de profissionalização dos responsáveis pelo gerenciamento de hospitais de forma a identificar se, de fato, a terceirização leva as organizações a contratarem profissionais tecnicamente mais qualificados.

4.5.1.1 Variáveis do Indicador Específico: Grau de Profissionalização do Gestor

- a) Formação (questão aberta);
- b) Formação específica na área de Administração (Sim, Não).

Esse indicador é considerado positivo para: Formação Nível Universitário (NU), e Pós-Graduação em curso ou Pós Graduação completa em Administração (Hospitalar, Saúde Pública ou Similar).

4.5.1.2 Variáveis do Indicador Específico: Índice de Pessoal

Administrativo de Nível Superior

- a) Número de pessoal administrativo de nível universitário por modelo de gestão;
- b) Número total de funcionários por modelo de gestão.

FORMA DE CÁLCULO: $\frac{\text{Número de pessoal administrativo nível universitário}}{\text{Número total de funcionários por modelo de gestão}} \times 100$

O indicador é considerado positivo para índice maior ou igual a 1 (um).

4.5.2 Indicadores Específicos do Indicador Geral: Utilização de Práticas

Tradicionais de Gestão

- a) Estrutura Organizacional
- b) Gestão de Pessoas
- c) Gestão Financeira
- d) Gestão de Materiais

4.5.2.1 Variáveis do Indicador Específico: Estrutura Organizacional

- a) Existência de Organograma (Sim, Não);
- b) Tipo de Relações Hierárquicas Predominantes (Vertical, Horizontal).

O indicador é considerado positivo para resposta sim no que diz respeito à existência de organograma. Para o tipo de relações hierárquicas é considerada a resposta com base no referencial teórico da Burocracia (relações verticais) e da abordagem do Novo Gerencialismo (relações horizontais).

4.5.2.2 Variáveis do Indicador Específico: Gestão de Pessoas

- a) Existência de Plano de Carreira e Cargos e Salários – PCCS (Sim, Não);
- b) Tipo de Seleção de Pessoal (Concurso Público, Cooperativas, Contrato Temporário, Associações);
- c) Participação do Hospital na Seleção dos Trabalhadores (Sim, Não);
- d) Mecanismo de Remuneração para Médicos (Horas trabalhadas, Produtividade);
- e) Mecanismo de Remuneração para NÃO Médicos (Horas trabalhadas, Produtividade);
- f) Vínculo Empregatício dos Médicos (Contratados / Efetivos, Cooperativados);
- g) Tipo de Promoção de Pessoal (Promoção por tempo de serviço / mérito, Avaliação de desempenho);
- h) Existência de Programas de Educação Permanente (Sim, Não).

O indicador é positivo para mais de 50% de respostas Sim. Para os indicadores que não possuem respostas Sim/Não, será considerada a resposta com base no referencial teórico da Burocracia e da abordagem do Novo Gerencialismo.

4.5.2.3 Variáveis do Indicador Específico: Gestão Financeira

- a) Demonstrações financeiras usadas pelo hospital (Fluxo de Caixa, Planejamento Orçamentário, Comparativo entre Fluxo de Caixa e Planejamento Orçamentário, Conciliação Bancária, Balanço Patrimonial, Demonstração de Resultados do Exercício);
- b) Existência da Classificação de Custos de acordo com a natureza e centro de custos (Sim, Não).

O indicador é considerado positivo para um total 70% ou mais de demonstrações financeiras utilizadas por modelo de gestão e resposta “sim” para a classificação de custos.

4.5.2.4 Variáveis do Indicador Específico: Gestão de Materiais

- a) Existência de Controle de Custos para os Materiais Médico-Hospitalares (Sim, Não);
- b) Utilização de Procedimentos de Suprimentos (Consumo Médio, Previsão da Demanda, Padronização de Produtos, Listas de Similares, Classificação de Estoques por Grupos, Codificação de Materiais, Arrumação de Almoxarifado, Controle de Estoques, Qualificação de Fornecedores, Cotações de Preços, Avaliações Técnicas e Comerciais, Níveis de Aprovação de Compras, Classificação ABC).

O indicador é considerado positivo quando apresentar resposta “sim” para existência de controle de custos para os materiais médico-hospitalares e um total de 70% ou mais de procedimentos de suprimentos utilizadas por modelo de gestão.

4.5.3 Indicadores Específicos do Indicador Geral: Utilização de Práticas Contemporâneas de Gestão

- a) Programas de Qualidade
- b) Gestão Participativa
- c) Tecnologia da Informação

4.5.3.1 Variáveis do Indicador Específico: Programas de Qualidade

- a) Existência de Programas de Qualidade (Sim, Não);
- b) Existência de Protocolos para Orientar Assistência ao Usuário (Sim, Não);
- c) Observação dos Protocolos (Sim, Não).

O indicador é considerado positivo em caso de resposta “sim” para mais de 50% das

variáveis.

4.5.3.2 Variáveis do Indicador Específico: Gestão Participativa

- a) Participação ou Influência dos Usuários na Gestão (Sim, Não);
- b) Forma de Participação (Reivindicações de Grupos Organizados de Usuários, Serviço Social, Representação no Conselho Deliberativo, Conselho de Saúde, Pesquisa de Satisfação, Parecer da Ouvidoria);
- c) Existência de Parcerias de Longo Prazo com Fornecedores (Sim, Não).

O indicador é considerado positivo quando da resposta “sim” para as variáveis ‘participação dos usuários’ e ‘parcerias de longo prazo com fornecedores’ (mais de 50% das respostas). Para a variável “forma de participação dos usuários” o indicador será considerado positivo para quaisquer das seguintes respostas: representação no conselho deliberativo, através da ouvidoria do hospital, representação através do Conselho de Saúde ou pesquisa de satisfação o usuário, que estão no bojo das premissas de reforma do Estado e do que preconiza o SUS.

4.5.3.3 Variáveis do Indicador Específico: Tecnologia da Informação

- a) Existência de sistema informatizado para controle de compras (Sim, Não);
- b) Existência sistema de custeio (Sim, Não).

O indicador é considerado positivo quando da resposta “sim” para mais de 50% das variáveis.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foram estabelecidos indicadores que caracterizam os modelos de gestão, mensuram a adoção de práticas tradicionais e contemporâneas de gestão nos hospitais selecionados.

Para responder aos indicadores, coletaram-se informações relativas aos assuntos pertinentes à pesquisa, realizando-se a comparação de acordo com o modelo de gestão adotado nos hospitais pesquisados, dando um enfoque ao grau de profissionalização da equipe dirigente – diretor e gerentes intermediários.

A análise estatística dos dados foi baseada no pacote estatístico SPHINX, *software* que permite o cruzamento de dados quantitativos, e foram utilizadas 28 questões do total de dados da pesquisa sobre modelos gerenciais e assistenciais. A comparação foi realizada entre os dados referentes ao ano de 2003, obtidos dos questionários aplicados aos dezenove hospitais pesquisados da rede pública do Estado da Bahia.

Na análise dos indicadores específicos e análise final do indicador geral, considerou-se a avaliação dos resultados positiva quando apresentou resultados positivos para mais de 50% das respostas, e negativa para 50% e menos de resultados positivos.

5. MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR BUROCRÁTICO E TERCEIRIZADO: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise comparativa entre os hospitais do Estado da Bahia que adotam modelo de gestão burocrático e terceirizado, considerando-se a perspectiva do referencial teórico weberiano e da abordagem do Novo Gerencialismo, que embasam o estudo. Para efeito de caracterização do modelo de gestão, são observados, aspectos concernentes ao perfil do gestor e às práticas tradicionais de gestão, estas últimas utilizam como indicadores específicos: Estrutura Organizacional, Gestão de Pessoas, Gestão Financeira e de Materiais. Para a análise comparativa entre os dois modelos de gestão, são utilizados indicadores representativos da utilização de práticas contemporâneas de gestão, tais como: Programas de Qualidade, Gestão Participativa e Tecnologia da Informação.

A gestão terceirizada de hospitais públicos no Estado da Bahia, de acordo com informações da SESAB, tem apresentado mudanças, que se caracterizam pelo aumento do grau de satisfação dos usuários e melhoria dos indicadores de qualidade dos serviços oferecidos. Essa avaliação se respalda, segundo o Secretário de Saúde do Estado da Bahia em 2001, em estudos nos quais se comparam as condições dos hospitais do Estado antes e depois da terceirização de sua gestão e que permitiram concluir que as condições anteriores eram desfavoráveis a uma gestão eficiente dessas unidades, principalmente no interior do Estado, e diante da dificuldade de ali fixar recursos humanos. (BAHIA. 2002)

De acordo com o Relatório *O Processo de Modernização do Estado da Bahia: os Avanços de uma década, 1991-2001* (2002), a redução dos custos hospitalares com a terceirização é um resultado que se deve ao fato de que as empresas podem reduzir o número de pessoal contratado. Além disso, o custo médio ponderado leito/paciente/dia para os

hospitais terceirizados é de R\$ 254,00, enquanto que para hospitais próprios é de R\$ 308,00. (BAHIA. 2002). É importante ressaltar que o estudo da SESAB levou em consideração 8 hospitais terceirizados e apenas 3 hospitais com gestão própria do estado, sendo possível que não esteja refletindo a realidade no que diz respeito aos custos leito/paciente/dia.

Estão disponíveis no trabalho da Secretaria de Administração do Estado da Bahia em parceria com a Universidade Federal da Bahia (2002), dados de pesquisas sobre a satisfação dos usuários dos hospitais terceirizados. Os resultados apontam para um alto grau de satisfação em relação a determinados aspectos avaliados, como por exemplo, a apresentação das equipes médica e de enfermagem, o tempo de espera por atendimento e a atenção e cortesia dos funcionários dos hospitais. Esta pesquisa foi realizada em apenas 4 hospitais terceirizados, entre março e abril de 2000. É importante observar, neste caso, que falta a apresentação de resultados comparativos entre hospitais terceirizados e a satisfação de usuários de hospitais gerenciados pelo Estado.

Entretanto, a Secretaria de Administração do Estado da Bahia afirma que a avaliação da experiência de terceirização não pode ser realizada na profundidade requerida devido à inexistência de um sistema de informação e avaliação que permita aferir a sua eficiência, eficácia e efetividade. (BAHIA. 2002)

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO

5.1.1 Perfil do Gestor

Para análise do Perfil do Gestor foram utilizados dois indicadores específicos: Grau de

Profissionalização do Gestor e Índice de Pessoal Administrativo de Nível Superior. Este indicador tem como objetivo permitir uma análise acerca do perfil dos responsáveis pela implantação e desenvolvimento das práticas tradicionais e contemporâneas de gestão, no contexto de crise dos serviços públicos e da reforma do Estado, além dos ideais de excelência preconizados pelos gurus da administração.

De acordo com a Tabela 1 predomina nos hospitais de gestão burocrática, na formação dos gestores o profissional médico (64%), apresentando em seguida demais profissionais da área de saúde, tais como: enfermeira, odontólogo e nutricionista (9%). Além destes profissionais, registra-se nestes hospitais a presença de um musicoterapeuta. Já nos hospitais com gestão terceirizada há uma equidade entre administradores e médicos, ambos com 25%, seguido por contador, economista e engenheiro (13%). (Tabela 2)

Tabela 1 – Nº e % de Diretores Por Formação Nos Hospitais Com Modelo de Gestão Burocrático. Ba, 2004

Profissão	Qtde	%
Médico	7	64
Musicoterapeuta	1	9
Enfermeira	1	9
Odontólogo	1	9
Nutricionista	1	9
Total	11	100

Fonte: pesquisa de campo.

Tabela 2 - Nº e % de Diretores Por Formação Nos Hospitais Com Modelo de Gestão Terceirizado. Ba, 2004

Profissão	Qtde	%
Administrador	2	25
Médico	2	25
Engenheiro Mecânico	1	13
Contador	1	13
Economista	1	13
Não resposta	1	13
Total	8	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Como se pode observar, a SESAB, ao nomear os gestores dos hospitais sob sua gestão, mantém o paradigma de que os diretores gerais devem ter formação em medicina. Nos hospitais terceirizados predomina a existência de profissionais com formação na área de ciências sociais aplicadas. A avaliação da variável se apresenta positiva para os hospitais com

modelo de gestão terceirizado, e negativa para os burocráticos.

A Tabela 3 permite um aprofundamento desta análise ao retratar o percentual de gestores que possuem pós-graduação em administração ou áreas correlatas¹². Observa-se que, apesar de os hospitais burocráticos manterem o paradigma de que gestores hospitalares devem ser profissionais médicos, 54,5% destes possuem pós-graduação em Administração ou áreas correlatas. Isso significa que está havendo um incremento na profissionalização administrativa destes profissionais. Todavia, 62,5% dos gestores de hospitais terceirizados possuem pós-graduação em Administração ou áreas correlatas. Aliado a isso, está o fato de que 64% dos diretores de hospitais terceirizados são administradores ou profissionais formados em áreas mais próximas da administração (Economia, Contabilidade) do que a Medicina, o que pode permitir um melhor entendimento das estruturas administrativas. Diante disso, a variável se apresenta positiva para os dois modelos de gestão.

Tabela 3 - Nº e % de Gestores com Pós-Graduação em Administração ou Áreas Correlatas. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	%	Não	%	Total	%
Burocrático	6	54,50	5	45,50	11	100
Terceirizada	5	62,50	3	37,50	8	100
Total	11	58	8	42	19	

Fonte: Pesquisa de Campo

A análise do índice de pessoal administrativo de nível superior por modelo de gestão revela que existem discrepâncias entre os hospitais burocráticos e terceirizados. Anteriormente foram analisados apenas aspectos ligados à formação do Diretor Geral. Esta Tabela, contudo, demonstra a relação entre pessoal administrativo NU como um todo (também são considerados gerentes intermediários) e o total de funcionários dos hospitais estudados. Pode-se observar que, nos hospitais burocráticos, há apenas, 0,33% de pessoal

¹² Foram considerados cursos de Pós-Graduação (Especialização, Mestrado e Doutorado) em: Administração Hospitalar, Estratégica, Financeira, de Recursos Humanos, em Saúde; Pós-Graduação em Saúde Pública e MBA – *Master Business Administration* – Executivo em Saúde.

administrativo de NU, ao passo que o índice se mostra 0,83% nos hospitais terceirizados, sendo um percentual quase que três vezes maior que o anterior, demonstrando uma maior preocupação deste último com a qualificação profissional não só dos diretores gerais, mas também dos gerentes intermediários (Tabela 4). Contudo, este índice ainda se apresenta extremamente baixo para os hospitais terceirizados, visto que a complexidade das organizações hospitalares exige um grau de qualificação diferenciado para que suas atividades sejam desenvolvidas de maneira eficiente, eficaz e efetiva. A variável se apresenta negativa para os hospitais com modelo de gestão burocrático e terceirizado, por possuírem índices menores que 1 (um).

Tabela 4 - Número Total de Funcionários, Pessoal Administrativo de Nível Universitário e Índice. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Média total de funcion.	Média pessoal Adm NU	Índice¹³
Burocrático	3.916	13	0,33%
Terceirizado	1.325	11	0,83%

Fonte: Pesquisa de Campo

No que se refere ao aspecto da profissionalização de gerentes intermediários, observam-se similitudes entre os dois modelos.

5.1.2 Utilização de Práticas Contemporâneas de Gestão

A análise deste indicador geral é realizada a partir de quatro indicadores específicos: estrutura organizacional, gestão de pessoas, gestão financeira e gestão de materiais.

5.1.2.1 Estrutura Organizacional

¹³ Para o cálculo do índice de pessoal administrativo de nível universitário (NU), foi realizada uma equação considerando a divisão entre o número de pessoal administrativo de nível universitário por modelo de gestão pelo número total de funcionários por modelo de gestão, multiplicado por 100.

Com este indicador procura-se identificar em que medida os modelos de gestão burocrático e terceirizado estão utilizando ferramentas de gestão, a exemplo do organograma, verificando também em que medida cada variável se aproxima mais do modelo burocratizado – que possui relações hierárquicas verticalizadas – ou do modelo terceirizado – que preconiza relações hierárquicas horizontalizadas.

a) Existência de Organograma

Como observado na Tabela 5, os hospitais com modelo de gestão burocrático possuem um desempenho melhor do que os hospitais terceirizados. De acordo com as respostas dos entrevistados, 100% dos hospitais com modelo de gestão burocrático possuem organograma, enquanto que 87,5% dos hospitais com modelo de gestão terceirizado afirmam possuir organograma.

A existência do organograma, por si só, não se traduz na sua utilização e aplicação no dia-a-dia da organização. É uma ferramenta que deve estar em constante observação e adaptação, para que a prática esteja em acordo com a estrutura organizacioanl e, por outro lado, que esta estrutura seja adaptável às mudanças da organização.

Esta variável pode denotar, além do aspecto já observado, que a existência do organograma – apenas como um documento formalizado – não está, necessariamente, levando ao incremento na organização administrativa do hospital, sendo apenas parte da “papelada” que representa uma das “disfunções da burocracia” citadas por Merton *apud* Prestes Motta e Bresser Pereira (1984). A Tabela 5 demonstra a existência de Organograma nos hospitais burocráticos e terceirizados:

Tabela 5 - Nº e % de Respostas sobre Existência de Organograma por modelo de gestão. Ba, 2004

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	11	100,0	00	0,0	11
Terceirizado	07	87,5	01	12,5	08
Total	18	94,7	01	5,3	19

Fonte: Pesquisa de Campo

A existência do organograma em qualquer organização, seja esta hospitalar ou não, é de extrema importância para a formalização da organização dos serviços, visto que esta ferramenta estabelece não apenas os níveis hierárquicos e de subordinação, mas principalmente, regulamenta a relação entre as pessoas que ocupam os cargos, explicitando competências, atribuições e responsabilidades. A análise da variável é positiva para ambos os modelos de gestão.

b) Tipo de Relação Hierárquica Predominante

A Tabela 6 complementa a análise do indicador Estrutura Organizacional e revela que os hospitais com modelo de gestão terceirizado se aproximam mais do que preconiza não apenas a abordagem do Novo Gerencialismo, mas também dos próprios princípios do SUS com relação à estrutura organizacional, havendo 37,5% dos hospitais com relações hierárquicas horizontalizadas. Os hospitais com modelo de gestão burocrático, por sua vez, possuem 81,8% de representatividade dentre hospitais com relações hierárquicas verticalizadas, exatamente como preconiza a teoria da Burocracia de Max Weber. Este fato confirma que estes últimos possuem modelo de gestão determinado pelo Estado, de acordo com a teoria que os precede. Todavia, dentre os hospitais terceirizados observa-se que 50% do total afirma possuir relações hierárquicas verticalizadas, indo de encontro à abordagem do Novo Gerencialismo, que preconiza desenvolvimento de equipes (*team building*), gestão participativa, cooperação entre trabalhadores e gerentes e programas de desenvolvimento gerencial, fatores que diminuem o número de níveis hierárquicos, tornando as relações mais horizontais e alterando a configuração dos organogramas.

Outro fator observado foi que a maioria dos diretores não possuía largo conhecimento acerca de estruturas horizontais de gestão, havendo, inclusive duas “não respostas”, o que

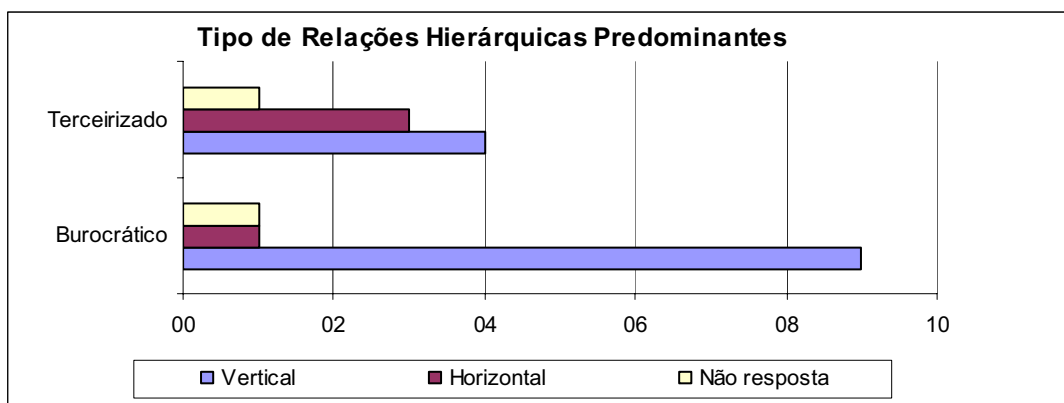
pode indicar inconsistência em suas respostas afirmativas ou negativas.

Tabela 6 – Nº e % de Respostas sobre Tipo de Relação Hierárquica Predominante por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Vertical	Rep %	Horizontal	Rep %	Não resposta	Rep %	Total
Burocrático	09	81,8	01	9,1	01	9,1	11
Terceirizado	04	50,0	03	37,5	01	12,5	08
Total	13	68,4	04	21,1	02	10,5	19

Fonte: Pesquisa de Campo

Gráfico 1 - Tipo de Relação Hierárquica Predominante por Modelo de Gestão. Ba, 2004.



Fonte: pesquisa de campo.

Em síntese, o indicador estrutura organizacional não pode ser avaliado positivamente, visto que, apesar de ser praticamente 100% positivo no que diz respeito à existência de organograma, demonstrou baixos índices ao avaliar-se as relações hierárquicas predominantes para ambos os modelos de gestão.

5.1.2.2 Gestão de Pessoas

A análise do indicador gestão de pessoas utiliza-se das seguintes variáveis: Existência de Plano de Carreira e Cargos e Salários (PCCS); Tipo de Seleção de Pessoal; Participação do Hospital na Seleção; Mecanismo de Remuneração para Médicos; Mecanismo de Remuneração para NÃO Médicos; Vínculo Empregatício dos Médicos; Tipo de Promoção de Pessoal e Existência de Programas de Educação Permanente.

Nos dois modelos de gestão predomina o organograma verticalizado, sendo que nos hospitais terceirizados encontra-se maior percentual de organogramas com relações hierárquicas horizontais. (Tabela 6)

a) Existência de Plano de Carreira e Cargos e Salários (PCCS)

A Tabela 7 revela que o PCCS é uma ferramenta de gestão típica da burocracia weberiana, largamente utilizada no serviço público brasileiro e, recentemente, preconizada pela NOB – RH/SUS, 2005. No entanto, o PCCS deve ser elaborado pelo órgão central de administração do SUS, o qual deve considerar as especificidades do trabalho em saúde nos diferentes contextos culturais e organizacionais. No caso estudado, os hospitais devem ter o PCCS estadual como diretriz para a elaboração do seu próprio documento, atribuindo normas às formas de promoção de pessoal, bem como se utilizando deste para a isonomia salarial entre trabalhadores do mesmo nível hierárquico/nível de complexidade. (BRASIL, 2005)

Observa-se ainda na Tabela 7 que, dos hospitais burocráticos participantes deste estudo, apenas 36,4% possuem o seu próprio PCCS, dos 63,6% que não o possuem não se pode analisar, ao menos, se têm conhecimento do documento original confeccionado pela SESAB, e que deveria ser utilizado como parâmetro.

Já dentre os hospitais com modelo de gestão terceirizado, 75% respondem que possuem o seu próprio PCCS, enquanto que apenas 25% afirmam não possuir tal política.

Apesar de ser uma política tipicamente vinculada ao modelo burocrático de organização e que denota rigidez nas relações de pessoal, o PCCS não foi desprezado nos princípios da reforma do Estado. Apesar da necessidade de flexibilidade na gestão de pessoas, é importante que políticas deste tipo sejam mantidas para oferecer um norte, um parâmetro aos gestores e aos próprios trabalhadores no que diz respeito às possibilidades de ascensão de carreira e salário. A variável se apresenta positiva para o modelo de gestão terceirizado e

negativa para o burocrático.

Tabela 7 – Nº e % de Respostas sobre Existência de Plano de Carreira e Cargos e Salários por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	%	Não	%	Total
Burocrático	04	36,4	07	63,6	11
Terceirizado	06	75,0	02	25,0	08
Total	10	52,6	09	47,4	19

Fonte: Pesquisa de Campo

b) Tipo de Seleção de Pessoal

No Gráfico 2 pode-se observar a completa inversão que ocorre entre os dois modelos de gestão quando se trata do tipo de seleção de pessoal adotado. Nos hospitais burocráticos, devido, inclusive, à legislação brasileira no que concerne à contratação de pessoal, 90,9% das respostas afirmam que o processo seletivo se dá através de concurso público (Tabela 8). Vale ressaltar que a questão permite múltiplas respostas, sendo que este percentual representa dez hospitais com modelo de gestão burocrático, estando apenas um fora dos padrões permitidos pela legislação brasileira. Dentre os hospitais com modelo de gestão burocrático, há 81,8% de respostas para a utilização de contratos de trabalho temporários e 36,4% de respostas para a utilização de cooperativas de trabalho (Tabela 8).

Estas duas últimas formas de seleção, que são formas de contratação de pessoal, são permitidas no serviço público apenas para a cobertura de demissões, férias e licenças, possuindo tempo limitado de contrato até a realização do próximo concurso. Contudo, no contexto da reforma do Estado isso tem se tornado freqüente.

Já os hospitais com modelo de gestão terceirizado se utilizam, predominantemente, das cooperativas como forma de seleção e contratação de profissionais (75%), sendo esta considerada uma maneira mais flexível de contratação, por não envolver encargos demissionais, tais como: férias, 13º salário, FGTS, ou qualquer outro benefício. Por estes mesmos motivos, esta forma de seleção/contratação significa precarização do trabalho, fazendo com que o profissional de saúde, um profissional especializado e que demanda

habilidades complexas por lidar com a vida humana, perca benefícios trabalhistas.

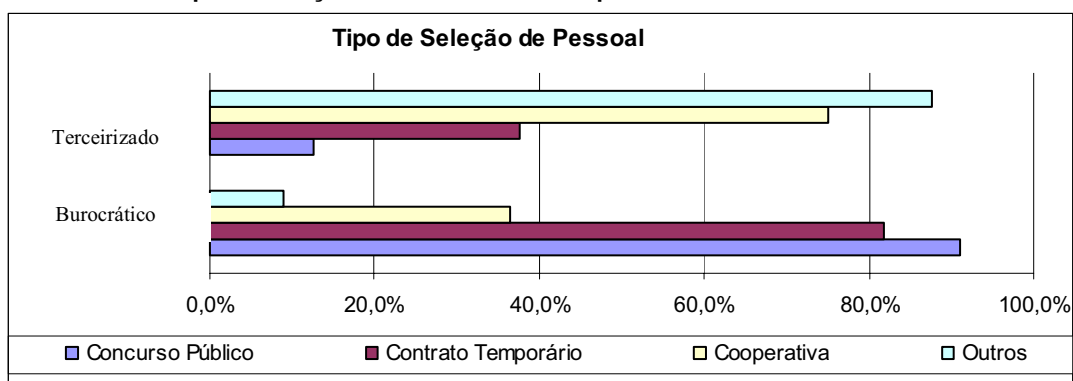
Ainda conforme a Tabela 8, são verificados outros tipos de seleção de pessoal, com representatividade de 87,5%, no modelo de gestão terceirizado e de 9,1% no modelo burocrático. Estes tipos dizem respeito aos processos seletivos simplificados como análises curriculares, entrevistas e análise de perfil profissional por parte da diretoria do hospital, sendo, efetivamente uma das formas mais flexíveis de seleção de pessoal, mas questionável no que diz respeito à transparência das avaliações dos profissionais.

Tabela 8 – Nº e % de Respostas sobre Tipo de Seleção de Pessoal por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Burocrático		Terceirizado		Total
Concurso Público	10	90,9%	01	12,5%	11
Contrato Temporário	09	81,8%	03	37,5%	12
Cooperativa	04	36,4%	06	75,0%	10
Outros	01	9,1%	07	87,5%	08
Total de hospitais	11		08		

Fonte: Pesquisa de Campo

Gráfico 2 – Tipo de Seleção de Pessoal Adotado por Modelo de Gestão



Fonte: Pesquisa de Campo

c) Participação do Hospital no Processo Seletivo

A análise da Tabela 9 indica que o modelo de gestão pode ser determinante para a participação ou não do hospital no processo seletivo, visto que nos hospitais terceirizados 87,5% têm participação, ao passo que nos burocráticos apenas 54,5% participam da seleção. Estes últimos têm possibilidade de participar do processo seletivo somente quando da contratação através de cooperativas, contrato temporário ou outros, já que o concurso público

é realizado no âmbito da SESAB, podendo os hospitais apenas informar o número de vagas disponíveis e, posteriormente, acolher os aprovados.

A participação no processo seletivo revela, no contexto da sociedade brasileira, que, apesar de ser de extrema importância o gestor máximo e os gerentes intermediários realizarem uma avaliação dos funcionários candidatos a assumirem determinado posto de trabalho, ainda se fica refém do clientelismo, patrimonialismo e indicações políticas advindas de tal flexibilização. Por outro lado, em se considerando a administração “profissional”, é de grande importância que a competência do gerente seja respeitada, permitindo que o hospital participe do processo seletivo de novos profissionais.

Tabela 9 – Nº e % de Respostas sobre Participação Do Hospital No Processo Seletivo Por Modelo De Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	06	54,5	05	45,5	11
Terceirizado	07	87,5	01	12,5	08
Total	13	68,4	06	31,6	19

Fonte: Pesquisa de Campo

A variável se apresenta positiva para os dois modelos de gestão.

d) Mecanismos de remuneração para Médicos e não Médicos

As Tabelas 10 e 10.1 dizem respeito às variáveis mecanismos de remuneração para Médicos e para não Médicos, observando-se que, no modelo burocrático existe a predominância pela remuneração por hora trabalhada para os médicos (81,8%), ao passo que no modelo terceirizado 50% dos médicos são remunerados por hora trabalhada e outros 50% possuem remuneração por produtividade.

Tabela 10 – Nº e % de Respostas sobre Mecanismo de Remuneração para Médicos. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Burocrático		Terceirizado		Total
Por hora trabalhada	09	81,8%	04	50,0%	13
Por produtividade	01	9,1%	04	50,0%	05
Outros	01	9,1%	00	0,0%	01
Total	11	100%	08	100%	

Fonte: Pesquisa de Campo

O pagamento de profissionais por produtividade pode significar um fator motivacional e o conseqüente aumento da produção hospitalar. Neste aspecto os hospitais terceirizados apresentaram maiores percentuais de respostas referentes à remuneração por produtividade (Tabela 10). Isso pode revelar melhor organização administrativa destes hospitais. O pagamento de produtividade aos profissionais de saúde exige fidedignidade no preenchimento dos formulários, aliado a outros mecanismos consolidados de controle do faturamento da organização. Em não sendo atendidos estes requisitos, é provável que haja discrepância entre o valor atendido e o valor repassado, o que poderá ser rapidamente identificado pelo profissional, fazendo com que a organização fique desacreditada perante a sociedade. Ademais, registros incorretos podem levar a que se pague mais do que se produz, causando perdas financeiras à organização.

Tabela 10.1 – N° e % de Respostas sobre Mecanismo de Remuneração para NÃO Médicos por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Burocrático		Terceirizado		Total
Por hora trabalhada	08	72,7%	07	87,5%	15
Por produtividade	01	9,1%	01	12,5%	02
Outros	01	9,1%	00	0,0%	01
Não Resposta	01	9,1%	00	0,0%	01
Total	11	100%	08	100%	

Fonte: Pesquisa de Campo

A análise do mecanismo de remuneração para não médicos, por modelo de gestão, assemelha-se, em grande parte, à realizada para o item do mecanismo de remuneração para médicos, divergindo para o fato de que existe dificuldade em mensurar a produtividade para profissionais de saúde não médicos. Sob este ponto de vista, observa-se que o índice tem bastante redução, principalmente no modelo de gestão terceirizado, no qual apenas 12,7% (um hospital) possuem remuneração por produtividade. Nos hospitais com modelo de gestão considerado burocrático, o resultado é semelhante ao anterior: 9,1% dos hospitais (um hospital da amostra) remuneram a partir de produtividade. A predominância, em ambos os modelos, é a remuneração por hora trabalhada (Tabela 10.1), sendo as duas variáveis negativas para o modelo burocrático e o terceirizado.

e) Vínculo empregatício dos médicos

No que diz respeito ao vínculo empregatício dos médicos existem dois aspectos relevantes. Em sendo profissionais contratados¹⁴, possuem direito a benefícios trabalhistas, tais como: férias, 13º salário, recolhimento de FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) e contribuição ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), assim como licenças prêmio, sem vencimento, dentre outras. Este vínculo, além de aumentar o custeio de pessoal do órgão contratante, não permite flexibilidade para troca de profissionais. No caso específico de funcionários efetivos, a demissão só ocorre através de processo administrativo, que tem se demonstrado lento, mesmo que haja justa causa. Este fato pode prejudicar a oferta de serviços, visto que pode ser que existam funcionários não identificados com a missão organizacional, permanecerem no posto de trabalho devido à lentidão do processo de demissão.

O segundo aspecto se refere aos vínculos empregatícios informais, como as Cooperativas, os Autônomos e Outros (este último representa a resposta “contratação através de pessoa jurídica”), nos quais existe maior flexibilidade para a demissão dos empregados que não estão correspondendo às expectativas da organização. Nesta modalidade o empregado perde todos os direitos trabalhistas, dando azo à precarização do trabalho.

A análise destes resultados revela que ambos os modelos de gestão utilizam-se de vínculos empregatícios, conforme preconizado pelo referencial teórico que os embasa, ou seja, no modelo burocrático predomina o contrato (90,9%) e no modelo terceirizado predomina o trabalho cooperativado (87,5%) ou outras formas de vínculo (50%), a exemplo de Pessoa Jurídica (Tabela 11). Isso pode significar tanto a redução de custos com encargos trabalhistas como a precarização do trabalho.

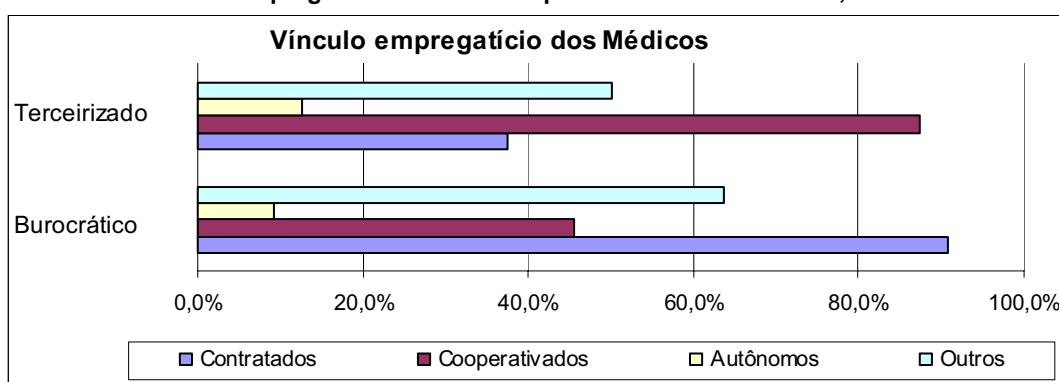
¹⁴ Quer dizer que são funcionários efetivos, selecionados através de concurso público, ou com contrato temporário de trabalho, o chamado RTT (Regime Temporário de Trabalho) ou REDA (Regime Especial do Direito Administrativo).

Tabela 11 – Nº e % de Respostas sobre Vínculo Empregatício dos Médicos por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Vínculo Empregatício	Burocrático		Terceirizado		Total
Contratados	10	90,9%	03	37,5%	13
Cooperativados	05	45,5%	07	87,5%	12
Autônomos	01	9,1%	01	12,5%	02
Outros	07	63,6%	04	50,0%	11
Total de hospitais	11		08		

Fonte: Pesquisa de Campo

Gráfico 3 - Vínculo Empregatício dos Médicos por Modelo de Gestão. Ba, 2004



Fonte: Pesquisa de Campo

f) Tipo de promoção de pessoal

O tipo de promoção de pessoal geralmente é definido pelo PCCS, no qual devem estar determinados a metodologia usada e os aspectos a serem observados para promoção. Para efeito deste trabalho, considera-se a promoção de acordo com a Capacitação e/ou Avaliação de Desempenho conforme preconiza a abordagem do Novo Gerencialismo, por indicar os profissionais melhor qualificados para assumirem posições de maior responsabilidade. Dentro desta perspectiva, observa-se que 75% dos hospitais com modelo de gestão terceirizado possuem promoção de acordo com Avaliação de Desempenho e 37,5% através de Capacitação. Neste modelo de gestão houve 37,5% de respostas para Promoção por Tempo de Serviço e 37,5% para promoção através de Capacitação (Tabela 12), demonstrando que neste modelo de gestão são considerados os aspectos profissionais, de competência e de resultados apresentados pelo trabalhador para definir se o mesmo obterá uma promoção.

Dentre os hospitais com modelo de gestão burocrático, observa-se que a maioria optou pela “não resposta” (54,5% das respostas, seis do total de onze hospitais entrevistados). Dos cinco hospitais que responderam à pergunta, há 27,3% que utilizam a Promoção por Tempo de Serviço, outros 27,3% utilizam a Avaliação de Desempenho e 18,2% promovem através de Capacitação, podendo significar que inexistente critério para a promoção de pessoal (Tabela 12). Este fato pode estar relacionado com a ausência do PCCS.

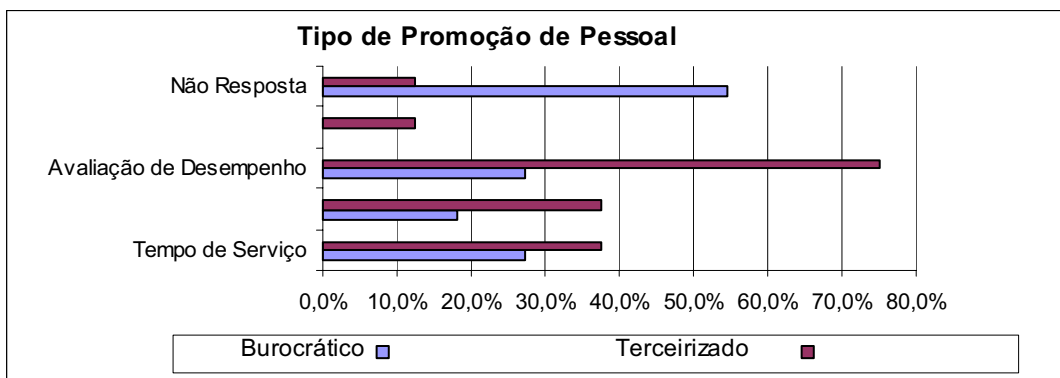
Nesta pesquisa não foi contemplada a forma como a promoção é realizada, se através de avaliações informais de desempenho e capacitação ou se existe, como prevê Weber *apud* Freund (1980), promoção segundo critérios objetivos e não segundo “livre arbítrio da autoridade”.

Os dados revelam que os hospitais com modelo de gestão terceirizado se apresentam mais flexíveis no que diz respeito à promoção de pessoal, atendendo ao requisito do Novo Gerencialismo que prevê avaliação com base em resultados (MARTINS, 1997). Contudo, ainda neste modelo de gestão, são observadas manifestações de avaliação por Tempo de Serviço, que não necessariamente considera o desempenho e os resultados.

Tabela 12 – Nº e % de Respostas sobre Tipo de Promoção de Pessoal por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Burocrático		Terceirizado		Total
Tempo de Serviço	03	27,3%	03	37,5%	06
Capacitação	02	18,2%	03	37,5%	05
Avaliação de Desempenho	03	27,3%	06	75,0%	09
Outros	00	0,0%	01	12,5%	01
Não Resposta	06	54,5%	01	12,5%	07
Total de hospitais	11		08		

Fonte: Pesquisa de Campo

Gráfico 4 - Tipo de Promoção de Pessoal por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Fonte: Pesquisa de Campo

g) Existência de Programas de Educação Permanente

Programas de Educação Permanente são de grande importância para o desenvolvimento da qualidade da oferta de serviços públicos de saúde, além de terem se transformado em fatores motivadores para os funcionários, visto que incrementam a sua empregabilidade¹⁵.

De acordo com a Tabela 13, pode-se observar que 87,5% dos hospitais com modelo de gestão terceirizado afirmam possuir tais programas, enquanto que apenas 36,4% com modelo burocrático fazem a mesma afirmação, sendo a avaliação da variável positiva apenas para o primeiro caso.

Tabela 13 – Nº e % de Respostas sobre Existência de Programas de Educação Permanente por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	04	36,4	07	63,6	11
Terceirizado	07	87,5	01	12,5	08
Total	11	57,9	08	42,1	19

Fonte: Pesquisa de Campo.

O indicador específico Gestão de Pessoas, que é composto de oito variáveis, tem como principal objetivo a caracterização do modelo de gestão adotado pelos hospitais

¹⁵ Empregabilidade é entendida como possibilidade do funcionário se empregar caso haja necessidade do afastamento do emprego. A empregabilidade é um termo que tem sido muito usado na Administração, pois, com a Reengenharia e “enxugamentos” de funcionários que estão sendo preconizados, é responsabilidade social da empresa capacitar o funcionário de forma a incrementar as possibilidades de conseguir um novo emprego.

pesquisados. Pode-se verificar que, de uma maneira geral, os hospitais definidos pela SESAB como possuidores de modelo de gestão terceirizado e burocratizado estão agindo de acordo com o que preconizam a abordagem do Novo Gerencialismo e a Burocracia em quase todas as variáveis analisadas. Esta observação se confirma, principalmente, nos indicadores:

- a) Tipo de Seleção Adotada, no qual há predominância do Concurso Público para os hospitais burocráticos e seleção através de Cooperativas de Trabalho para os hospitais terceirizados;
- b) Participação do Hospital no Processo Seletivo, para o qual o modelo terceirizado obteve 87,5% de respostas positivas e os hospitais com modelo burocrático obtiveram 54,5% de respostas positivas;
- c) Remuneração de profissionais médicos por hora trabalhada predominante nos hospitais com modelo de gestão burocrático (81,8%), enquanto que 50% dos terceirizados possuem remuneração por produtividade;
- d) No que diz respeito ao vínculo empregatício dos médicos, nos hospitais burocráticos há 43,5% de respostas para Contratos/Efetivos, enquanto que nos hospitais terceirizados 46,7% das respostas alegam ser o vínculo empregatício através de cooperativas de trabalho;
- e) Tipo de Promoção de Pessoal, para o qual houve 42,9% de abstenção das respostas no modelo de gestão burocrático, sendo no modelo terceirizado 42,9% das promoções originadas de Avaliações de Desempenho; e, por fim,
- f) Existência de Programas de Educação Permanente, no qual 87,5% dos hospitais terceirizados afirmam possuir, enquanto que 63,6% daqueles com modelo burocrático admitem não possuir.

A análise do Indicador Gestão de Pessoas revela que seis das oito variáveis estudadas estão coerentes com o referencial teórico apresentado para cada modelo de gestão. Isso reforça que, na prática, os hospitais estão utilizando o que preconiza cada modelo de gestão adotado. Todavia, a própria legislação brasileira, após a reforma do Estado de 1995, vem dando mostras de evolução administrativa, principalmente no que concerne o SUS. Isto é observado com a introdução de Programas de Qualidade no Serviço Público (o QUALISUS) e com a introdução da gestão participativa através dos Conselhos de Saúde. Diante disso, observou-se que alguns hospitais do modelo de gestão burocrático já começam a apresentar adequações e tentativas de acompanhar a evolução administrativa, visto que 54,5% destes afirmam participar do processo seletivo de seus funcionários, alguns possuem contratação através de contratos e cooperativas, e 36,4% afirmam possuir programas de educação permanente. Isso indica que mesmo os hospitais da administração direta já apresentam adequações à Reforma do Estado no que se refere à gestão do trabalho, o que pode significar a precarização das condições de trabalho.

5.1.2.3 Gestão Financeira

O indicador Gestão Financeira é analisado através das demonstrações financeiras e Contábeis utilizadas pelo hospital e da existência de Classificação de Custos de acordo com a natureza e centro de custos. Estes exemplos de demonstrações são partes dos princípios de administração financeira e devem ser utilizados pelos setores estratégicos da organização com objetivo de assegurar que os recursos estejam disponíveis nos montantes adequados, no momento certo e ao menor custo. O setor de finanças, se bem administrado, rege todo o resto de uma organização. (GITMAN, 1997)

Torna-se, portanto, imprescindível apresentar dados da gestão financeira para a composição da análise da utilização de práticas tradicionais de gestão, visto que, além de

representar o controle e conhecimento dos gestores de peculiaridades dos hospitais através das análises financeiras, a não adoção implica em maiores dificuldades para a implantação das práticas contemporâneas de gestão.

a) Demonstrações financeiras e contábeis utilizadas pelo hospital

Observa-se que, para esta variável, o desempenho dos hospitais com modelo de gestão terceirizado se apresenta superior ao dos hospitais com modelo de gestão burocrático. Para praticamente todos os itens, os hospitais terceirizados possuem 100% de utilização, enquanto que os hospitais com modelo burocrático apresentam índices mais altos apenas para aqueles demonstrativos exigidos pela contabilidade (como o balanço patrimonial) ou pelo órgão central que os administra (a exemplo do Planejamento Orçamentário). O Fluxo de Caixa, documento primário de acompanhamento de receitas e despesas, é utilizado em 55% dos hospitais burocráticos. Nestes hospitais, quando da aplicação do questionário, foi identificado que alguns dos responsáveis pelo setor financeiro desconheciam as demonstrações financeiras sobre as quais estavam sendo questionados (Tabela 14).

Na análise do *score*¹⁶ para a utilização dos demonstrativos, observa-se que a nota dos hospitais com modelo de gestão terceirizado (9,25) é bastante superior à nota dos hospitais burocráticos (6,5). Considerando a análise positiva para um total de 70% ou mais de demonstrações financeiras utilizadas, percebe-se que os hospitais burocráticos têm uma avaliação negativa em relação a esta variável (Tabela 14.1).

¹⁶ O *score* foi determinado atribuindo-se uma nota para cada item utilizado, de acordo com o seu grau de importância, para que o somatório atingisse a nota 10,0. Em seguida foi calculada a média entre estas notas para cada modelo de gestão, chegando-se ao número demonstrado no *score*.

Tabela 14 – N° e % de Respostas sobre Demonstrações Financeiras e Contábeis Utilizadas pelo Hospital por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Burocrático	Rep %	Terceirizado	Rep %
Fluxo de Caixa	06	55	08	100
Planejamento Orçamentário	08	73	08	100
Comparativo Fluxo de Caixa X Plan. Orçament.	05	45	07	88
Conciliação Bancária	08	73	08	100
Balanço patrimonial	08	73	06	75
Demonstração de Resultados do Exercício	06	55%	07	88%
Total de hospitais	11	62,1%	08	91,7%

A questão permite múltiplas respostas

Fonte: Pesquisa de Campo

Tabela 14.1 - Score de Demonstrações Financeiras e Contábeis por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Score
Burocrático	6,5
Terceirizado	9,25

Fonte: Pesquisa de Campo

b) Classificação de custos conforme natureza e Centro de Custo

A Tabela 15 apresenta as respostas dadas pelos dirigentes sobre a existência de Classificação de Custos de acordo com a natureza e centro de custos. Para esta variável a análise é positiva para ambos os modelos de gestão, sendo que o modelo terceirizado obteve um índice positivo de 87,5%, maior que os 72,7% dos hospitais com modelo burocrático.

Tabela 15 – N° e % de Respostas sobre Existência de classificação de custos conforme natureza e Centro de Custos por modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	08	72,7	03	27,3	11
Terceirizado	07	87,5	01	12,5	08
Total		0,0		0,0	19

Fonte: Pesquisa de Campo

Na análise geral do indicador gestão financeira o modelo de gestão terceirizado possui vantagens em relação a demonstrações financeiras e contábeis e existência de Classificação de Custos de acordo com a natureza e centro de custos. Isso significa a

existência de uma análise estratégica dos recursos mais avançada no modelo de gestão terceirizado, como preconiza a abordagem do Novo Gerencialismo ao enunciar a criação de centros de resultados financeiros, promovendo ação pública rentável e antevisão estratégica dos serviços. (MARTINS, 1997)

5.1.2.4 Gestão de Materiais

A análise do indicador específico Gestão de Materiais está pautada nas variáveis: existência de controle de custos para os materiais médico-hospitalares e utilização de procedimentos de suprimentos. Ressalta-se a importância da utilização destas ferramentas, dado que materiais médico-hospitalares e medicamentos são os responsáveis pelos altos custos dos serviços hospitalares. Estes se mostram como um dos grandes nós-críticos não apenas nas organizações hospitalares, mas especialmente nestas devido à criticidade de materiais médico-hospitalares pelo fato de que a vida dos pacientes em situação de risco estabelece uma relação de dependência direta com a existência dos medicamentos, equipamentos e suprimentos. Assim, a utilização destas ferramentas indica em que grau existe, de fato, o acompanhamento e o controle dos materiais e medicamentos, e a preocupação com a diminuição dos desperdícios e conseqüentemente a redução de custos.

a) Existência de controle de custos para materiais médico-hospitalares

Conforme observado na Tabela 16, para este indicador, 100% dos hospitais terceirizados responderam “sim”, afirmando possuir controle de custos para materiais médico-hospitalares. Para os hospitais com modelo burocrático, 72,7% afirmam possuir tal controle. Apesar de ser um número menor que o dos hospitais terceirizados, ainda é grande o percentual de hospitais que se preocupam com o controle e análise destes custos.

Os materiais médico-hospitalares são importantes não apenas pela sua criticidade, mas

também porque são materiais de custo elevado. Em verdade, toda a estrutura hospitalar possui custo elevado: o pessoal (por ser extremamente especializado), os equipamentos, pelo mesmo motivo e mais, por estarem passando por constantes avanços tecnológicos, a manutenção da estrutura necessita de produtos de limpeza diferenciados devido aos riscos de infecção hospitalar, entre outros aspectos.

Nesse contexto, o controle de custos se mostra de extrema importância para a saúde financeira das organizações hospitalares.

Tabela 16 – Nº e % de Respostas sobre Existência de Controle de Custos para Materiais Médico-Hospitalares por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	08	72,7	03	27,3	11
Terceirizado	08	100,0	00	0,0	08
Total		0,0		0,0	19

Fonte: Pesquisa de Campo.

b) Utilização de procedimentos de suprimentos

A utilização de procedimentos de suprimentos é um tanto mais complexa do que procedimentos financeiros e contábeis, visto que não depende apenas de um setor ou da confecção de planilhas, depende do registro adequado de consumo de todos os setores da organização, de solicitações de materiais adequados ao consumo e sem exageros, de atualizações constantes, de verificação periódica em campo, entre outros aspectos. Devido a isso, é difícil se encontrar, inclusive em organizações privadas, demonstrativos de suprimentos completos e fidedignos.

Contudo, como pode ser observado na Tabela 17, boa parte dos demonstrativos são utilizados por ambos os modelos de gestão, o que indica evolução na organização administrativa destes hospitais. Os hospitais com modelo de gestão terceirizada ainda demonstram melhor desempenho, visto que sete, do total de 16 ferramentas de suprimentos, são utilizadas por 100% dos hospitais, enquanto que as outras são utilizadas por grande parte deles. Contudo, ferramentas importantes como Codificação de Materiais e Classificação ABC

possuem baixos índices de uso. Nos hospitais com modelo de gestão burocrático, há alguns que não possuem sequer Registro de Consumo, que se apresenta como a ferramenta mais básica dentre todas as explicitadas.

Na análise do *score*, este se mostra positivo apenas para os hospitais terceirizados, que possuem uma avaliação de 7,53, enquanto que os hospitais burocráticos ficaram com nota 5,89, portanto abaixo do mínimo para que a avaliação fosse positiva. (Tabelas 17 e 17.1)

Tabela 17 – Nº e % de Respostas sobre Procedimentos de Suprimentos por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Burocrático	Rep %	Terceirizado	Rep %	Total
Registro do Consumo Médio	10	91	8	100	18
Previsão da Demanda	9	82	8	100	17
Padronização de produtos / medicamentos	6	55	7	88	13
Listas de Similares/Produtos Críticos	6	55	5	63	11
Classificação dos estoques por grupos	9	82	8	100	17
Codificação de Materiais	8	73	3	38	11
Plano de arrumação do almoxarifado e estocagem	8	73	6	75	14
Controle dos Estoques	9	82	7	88	16
Qualificação dos Fornecedores	4	36	6	75	10
Cotações de preços	8	73	8	100	16
Avaliações técnicas e comerciais	5	45	5	63	10
Conferência no Recebimento do Material	10	91	8	100	18
Níveis de Aprovação de Compras	4	36	4	50	8
Observação do atendimento às Requisições de Materiais dos diferentes setores	8	73	8	100	16
Inventários Periódicos	9	82	8	100	17
Classificação ABC	4	36	4	50	8
Total	11		08		19

Fonte: Pesquisa de Campo

Tabela 17.1: Score de Procedimentos de Suprimentos Utilizados por Modelo de Gestão. Ba, 2004

Modelo de Gestão	Score
Burocrático	5,89
Terceirizado	7,53

Fonte: Pesquisa de Campo

Desta maneira, para o indicador específico Gestão de Materiais a avaliação positiva reside no modelo de gestão terceirizado, que possui melhores avaliações para as duas variáveis analisadas.

A análise do Indicador Geral Utilização de Práticas tradicionais de Gestão, demonstra

que o modelo de gestão terceirizado obteve melhor desempenho do que o modelo de gestão burocrático, possuindo melhores índices para todos os indicadores específicos. No que diz respeito à caracterização do modelo de gestão conforme análise dos indicadores, conclui-se que, sob a ótica da gestão de pessoas, os modelos se comportam de forma semelhante na teoria e na prática. Todavia, para os demais indicadores, a profissionalização administrativa dos hospitais com modelo de gestão burocrático deixa a desejar, necessitando de melhorias, tanto no que diz respeito ao perfil do gestor e a sua profissionalização administrativa, quanto aos indicadores específicos de estrutura organizacional, gestão de pessoas, finanças e materiais.

5.2 UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS DE GESTÃO

Para efeito deste estudo, a utilização de práticas contemporâneas de gestão é analisada sob a ótica do Novo Gerencialismo preconizado por Osborne & Gaebler (1997). Neste sentido foram analisados fatores referentes a: inserção de programas de qualidade (para os quais os autores prevêem a implantação de círculo de qualidade); participação dos clientes internos (trabalhadores) e externos (usuários) na gestão e a utilização de sistemas de informação. Estes e outros fatores estão no bojo das diretrizes da reforma do Estado, iniciada no Brasil em 1995. Assim, alguns indicadores são discutidos especificamente no contexto das terceirizações de hospitais públicos do Estado da Bahia, com o objetivo de analisar se os pressupostos da reforma do Estado estão sendo alcançados no setor de serviços de saúde, por meio da estratégia adotada.

Na análise do Indicador Geral “Utilização de Práticas Contemporâneas de Gestão” são considerados três indicadores específicos: Programas de Qualidade; Gestão Participativa e

Tecnologia da Informação.

5.2.1 Programas de Qualidade

O indicador relativo aos Programas de Qualidade é analisado de acordo com três diferentes variáveis: existência de Programas de Qualidade; existência de protocolos para orientar assistência ao usuário; e observação dos protocolos em campo.

O indicador específico reflete o valor atribuído pelas organizações hospitalares de saúde à qualidade dos serviços que prestam à população, visto que as variáveis analisadas, e utilizadas, são baseadas em princípios de qualidade que trazem benefícios não apenas no que diz respeito à uniformidade das ações assistenciais, mas também se mostram de grande utilidade para execução das ações administrativas nessas organizações e conseqüente redução de custos.

a) Existência de Programas de Qualidade

Pelo apresentado na Tabela 18, em ambos os modelos de gestão é muito pequena a representatividade de hospitais que possui Programas de Qualidade, sendo afirmativa a resposta em 25% dos hospitais com modelo terceirizado e apenas 9,1% dos hospitais com modelo burocrático.

Tabela 18 – Nº e % de Respostas sobre a Existência de Programas de Qualidade por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	01	9,1%	10	90,9%	11
Terceirizado	02	25,0%	06	75,0%	08
Total	03	15,8%	16	84,2%	19

Fonte: Pesquisa de Campo

Este aspecto denota falta de interesse de ambos os modelos em se adequarem às práticas contemporâneas de gestão, além de irem de encontro às tendências mundiais da administração, que encaram a Qualidade como condição para o sucesso das organizações,

sejam elas públicas ou privadas.

Observa-se na Tabela 18 que os hospitais terceirizados apresentaram maiores percentuais de respostas positivas sobre a existência de programas de qualidade. Porém este percentual (25%) não permite que a variável seja considerada positiva.

b) Existência e observação de protocolos para orientar a assistência ao usuário

As variáveis apresentadas a seguir são consideradas como uma continuidade da implantação de Programas de Qualidade, visto que uma das diretrizes destes programas é a implantação de protocolos para orientar assistência ao usuário. Contudo, os números apresentados nas Tabelas 19 e 19.1 demonstram que a existência de protocolos não está necessariamente vinculada à existência de um Programa de Qualidade:

Tabela 19 – Nº e % de Respostas sobre Existência de Protocolos para Orientar a Assistência ao Usuário por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Não resposta	Total
Burocrático	02	18,2%	09	81,8%	00	11
Terceirizado	06	75,0%	02	25,0%	00	08
Total	08	42,1%	11	57,9%	00	19

Fonte: Pesquisa de Campo.

A análise dos resultados apresentados na Tabela 19, referentes à existência de protocolos para orientar a assistência ao usuário, revela que nos hospitais com modelo terceirizado de gestão, 75% dos entrevistados responderam que têm protocolos e 25% dos entrevistados responderam que não. Já nos hospitais com modelo de gestão burocrático, 82% entrevistados responderam que não possuem protocolos e 18% responderam que sim.

Apesar dos esforços empreendidos pela SESAB e Ministério da Saúde na elaboração de Manuais e Padrões de Qualidade, estes resultados permitem concluir que a maioria dos hospitais públicos baianos com modelo de gestão burocrático não tem protocolos e que os hospitais com gestão terceirizada têm maior preocupação com a padronização dos seus

procedimentos.

Estes resultados revelam que a utilização de protocolos tem sido uma prática dos hospitais com modelo terceirizado de gestão, independente da existência de um Programa de Qualidade formalizado.

No que diz respeito à existência de protocolos para orientar a assistência aos usuários, os hospitais com modelo de gestão terceirizado apresentam maior organização dos seus processos, o que pode reduzir custos e elevar a qualidade.

Foi, então, solicitado aos diretores que permitissem ao entrevistador verificar se os protocolos estavam sendo utilizados pelo hospital, com vistas à confirmação de que a ferramenta construída estava efetivamente em uso.

Observa-se a existência de inconsistência das informações, tanto no que diz respeito às respostas dos hospitais com modelo de gestão burocrático como naqueles terceirizados. Nos hospitais com modelo burocrático, na questão sobre a existência de protocolos, dois afirmaram possuir protocolos, enquanto que, na verificação, foram encontrados três hospitais com modelo burocrático, com protocolos. Para os hospitais com modelo de gestão terceirizado, dos seis que afirmaram possuir protocolos, apenas cinco comprovaram a sua efetiva utilização no atendimento ao usuário. Isso pode significar que os diretores não estão suficientemente informados sobre a existência e uso dos protocolos, indicando a existência de lacunas entre as ações assistenciais e gerenciais.

Na análise do indicador Programas de Qualidade, a avaliação para a variável “existência de Programa de Qualidade” não é positiva, visto que em 90,9% dos hospitais com modelo de gestão burocrático e em 75% dos hospitais com modelo de gestão terceirizado não há Programas de Qualidade. Entretanto, para as variáveis “existência de protocolo para orientar a assistência ao usuário e observação dos protocolos”, a análise é positiva para os terceirizados, dando a entender que estes se preocupam com a melhoria e padronização do

atendimento ao usuário, conforme preconiza a abordagem do Novo Gerencialismo.

A Tabela 19.1 apresenta os números referentes à observação dos protocolos em campo.

Tabela 19.1 – Nº e % de Respostas sobre Protocolos Observados para Orientar a Assistência ao Usuário por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	%	Não	%	Não resposta	Total
Burocrático	03	27,3%	05	45,5%	03	11
Terceirizado	05	62,5%	02	25,0%	01	08
Total	08	42,1%	07	36,8%	04	19

Fonte: pesquisa de campo.

5.2.2 Gestão Participativa

A análise deste indicador específico está pautada nos seguintes princípios do Novo Gerencialismo: gestão participativa de programas e projetos com clientes, imagem do usuário como consumidor, com direito a escolhas, pesquisas de preferências e satisfação; e preferência a alternativas externas de produção de serviços (parcerias). (MARTINS, 1997)

São consideradas, além destas, as prerrogativas da Lei 8.124/90, que prevê a criação de Conselhos de Saúde de modo a estimular e envolver o usuário nas decisões estratégicas das organizações públicas de saúde.

São analisadas as seguintes variáveis para este indicador específico: participação ou influência dos usuários na gestão, forma de participação dos usuários na gestão e existência de parcerias de longo prazo, com fornecedores.

a) Existência e forma de participação dos usuários na gestão

De acordo com a Tabela 20, percebe-se que, para o modelo de gestão burocrático, apenas 36,4% dos entrevistados afirmaram haver alguma participação dos usuários na gestão dos hospitais, enquanto que 63,6% admitiram não haver participação dos usuários. Para o modelo de gestão terceirizado, no entanto, 62,5% afirmam haver participação contra 25% que

admitem não haver participação.

Tabela 20 – Nº e % de Respostas sobre Participação ou Influência dos Usuários na Gestão por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	%	Não	%	Não Resposta	Total
Burocrático	04	36,4	07	63,6	00	11
Terceirizado	05	62,5	02	25,0	01	08
Total	09	47,4	09	47,4	19	19

Fonte: Pesquisa de campo.

Nota-se que, mais uma vez, o modelo de gestão terceirizado está seguindo ao que preconiza o Novo Gerencialismo e a reforma do Estado. Contudo, esta variável deve ser complementada pela que segue, visto que a participação dos usuários deve se dar de forma organizada, para que as sugestões sejam de fato incorporadas pelos gestores, as boas idéias implantadas, e operadas as mudanças necessárias.

No que se refere à forma de participação dos usuários na gestão, constante na Tabela 20.1, são consideradas como representantes do preconizado pelo Novo Gerencialismo, da reforma do Estado e da Lei 8.142/90 as seguintes opções: Representação no Conselho Deliberativo do Hospital; Solicitações ou Queixas ao Conselho de Saúde; Parecer da Ouvidoria do Hospital e Pesquisa de Satisfação/Avaliação dos Serviços. Isto se deve ao fato de que os itens reivindicações de grupos organizados de usuários, participação através do Serviço Social do hospital e Outros indicam mais um esforço da sociedade em participar, do que uma iniciativa da organização em ouvir a população, além de não estarem representadas em nenhuma das bibliografias utilizadas neste estudo.

A análise das formas de participação indica que apesar de se afirmar a existência da participação do usuário na gestão, apenas no item “utilização de pesquisa de satisfação dos usuários” o modelo terceirizado responde afirmativamente (75%). Nos demais itens considerados relevantes os hospitais com modelo terceirizado responderam: participação através do Conselho Deliberativo do Hospital (0%), participação através de solicitações ou queixas ao Conselho de Saúde (25%), parecer da Ouvidoria no hospital (25%).

Já para o modelo de gestão burocrático não respondeu à questão (55%), ao passo que

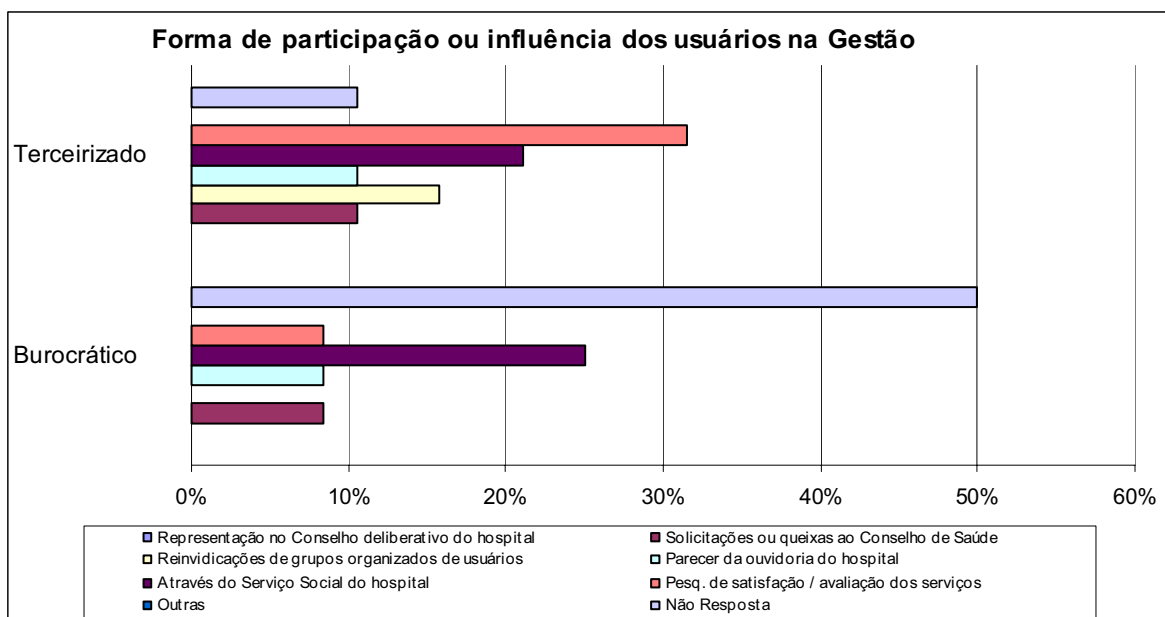
afirma só haver participação através do serviço social do hospital (27%).

Tabela 20.1 – N° e % de Respostas sobre Forma de Participação ou Influência dos Usuários na Gestão por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão/Forma de Participação	Burocrático	%	Terceirizado	%	Total
Representação no Conselho Deliberativo do Hospital	00	0	00	0	00
Solicitações ou queixas ao Conselho de Saúde	01	9	02	25	03
Reinvidicações de grupos organizados de usuários	00	0	03	38	03
Parecer da ouvidoria do hospital	01	9	02	25	03
Através do Serviço Social do hospital	03	27	04	50	07
Pesq. de satisfação/avaliação dos serviços	01	9	06	75	07
Outras	00	0	00	0	00
Não Resposta	06	55	02	25	08
Total	11	*	08		19

Fonte: Pesquisa de Campo

Gráfico 5 - Forma de Participação ou Influência dos Usuários na Gestão por Modelo de Gestão. Ba, 2004.



Fonte: Pesquisa de Campo

As respostas indicam que, aparentemente, os Conselhos de Saúde não têm funcionado da forma como previsto na Lei 8142/90, de maneira a ser o principal fórum de participação dos usuários. A análise desta variável demonstra que, principalmente dentre os hospitais com modelo de gestão burocrático, não ficou demonstrada a existência de instâncias de participação dos usuários, já que o Serviço Social, que obteve 27% das respostas, apesar de

ser de grande relevância para os hospitais e ser responsável pela defesa dos interesses dos pacientes não é a principal instância de participação (Tabela 20.1).

Assim, a variável tem avaliação negativa para ambos os modelos de gestão, ressaltando o melhor desempenho relativo do modelo de gestão terceirizado devido ao interesse na realização de pesquisas de satisfação do usuário. Isso, contudo, não significa que os resultados dessas pesquisas sejam considerados pela gestão hospitalar.

b) Existência de parcerias de longo prazo com fornecedores

A análise da variável “Existência de parcerias de longo prazo com fornecedores”, revela que 100% dos hospitais com modelo de gestão terceirizado realizam parceria com fornecedores, atendendo às diretrizes do Novo Gerencialismo. Apenas 36,4% dos hospitais com modelo de gestão burocrático afirmam possuir tais parcerias (Tabela 21).

Tabela 21 – Nº e % de Respostas sobre Existência de Parcerias de Longo Prazo com Fornecedores por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	04	36,4%	07	63,6%	11
Terceirizado	08	100,0%	00	0,0%	08
Total	12	63,2%	07	36,8%	19

Fonte: Pesquisa de Campo

Não foi possível aprofundar a análise deste indicador para verificar se estas parcerias envolviam apenas contratos de fornecimento ou também contratos de terceirização de serviços, contudo parcerias de tal natureza são benéficas à continuidade de fornecimento de materiais, além de auxiliar na redução de custos e fortalecer as boas relações entre hospital e fornecedor, no sentido de atender possíveis necessidades emergenciais. A análise desta variável é positiva para os hospitais com modelo de gestão terceirizado.

A análise do indicador específico Gestão Participativa indica que apesar dos baixos índices no que diz respeito às formas de participação do usuário, os hospitais com modelo de gestão terceirizado apresentam conformidade com os princípios do Novo Gerencialismo e da reforma do Estado. Neste item, os dois modelos se distanciam do que preconiza a Lei

8.142/90. Contudo, em síntese, a avaliação é positiva para o modelo de gestão terceirizado, e negativa para o modelo de gestão burocrático.

5.2.3 Tecnologia da Informação

O indicador específico tecnologia da informação é analisado, com base na abordagem do Novo Gerencialismo (OSBORNE & GAEBLER, 1997), que versa sobre a informação e a importância da tecnologia da informação como condição para a sua circulação de forma rápida e eficiente.

Apesar das grandes possibilidades de aplicação da tecnologia da informação nos serviços de saúde, a exemplo do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), neste estudo foi dado enfoque à tecnologia da informação de áreas administrativas, utilizando-se das variáveis “Existência de sistema informatizado para controle de Suprimentos e Logística” e “existência de sistema de custeio”.

a) Existência de sistema informatizado para controle de suprimentos e logística

De acordo com a Tabela 22 observa-se que, para esta variável, a análise é positiva para ambos os modelos de gestão, sendo que 100% dos hospitais terceirizados utilizam ferramentas de tecnologia da informação para suprimentos e logística. Nos hospitais com modelo de gestão burocrático este valor corresponde a 63,7%.

Tabela 22 – N° e % de Respostas sobre Existência de Sistema Informatizado para Controle de Suprimentos e Logística por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Total
Burocrático	07	63,6%	04	36,4%	11
Terceirizado	08	100,0%	00	0,0%	08
Total		0,0%		0,0%	19

Fonte: Pesquisa de Campo

O setor de suprimentos se apresenta como um dos mais críticos e estratégicos em uma organização hospitalar, por lidar com medicamentos que, muitas vezes, são determinantes

para a manutenção da vida dos pacientes. Ferramentas de Tecnologia da Informação neste setor se mostram como grandes aliadas não apenas para garantir o ressuprimento, mas também para a redução de custos e análises de suprimentos.

Para esta variável, ambos os modelos de gestão obtiveram avaliação positiva, sendo que os terceirizados se destacam devido ao índice de 100% de hospitais utilizando tais ferramentas.

b) Existência de sistema de custeio

A Tabela 23 permite verificar que, dentre os hospitais com modelo de gestão burocrático apenas 36,4% possui sistema de custeio, ao passo que 62,5% dos terceirizados se utilizam desta ferramenta da tecnologia da informação.

Tabela 23 – Nº e % de Respostas sobre Existência de Sistema de Custeio por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Modelo de Gestão	Sim	Rep %	Não	Rep %	Não resposta	Total
Burocrático	04	36,4%	05	45,5%	02	11
Terceirizado	05	62,5%	02	25,0%	01	08
Total		0,0%		0,0%		19

Fonte: Pesquisa de Campo

O sistema de custeio representa uma importante ferramenta de gestão, visto que possibilita a análise de custo de grupos de materiais separadamente e, inclusive, por setores hospitalares, permitindo saber em qual setor se pode e deve otimizar a gestão.

O sistema de custeio é uma ferramenta um tanto quanto mais sofisticada do que os sistemas de suprimentos, principalmente devido ao fato de que as análises de custos são mais complexas e necessitam de uma visão mais especializada sobre o assunto. Talvez por isso tenha havido a queda na utilização quando comparada com a existência de sistema informatizado para suprimentos e logística. Contudo, ao ser utilizada representa grandes avanços na administração estratégica da organização hospitalar. Para esta variável, a análise se mostra positiva apenas para o modelo de gestão terceirizado.

Em síntese, na análise do indicador específico Tecnologia da Informação, observa-se que, apesar do bom desempenho do modelo de gestão burocrático no que diz respeito à utilização de sistemas de suprimentos, a sua análise é negativa para sistemas de custeio. Já o modelo de gestão terceirizado possui análise positiva em ambos, possuindo, portanto, avaliação positiva para este indicador.

Pode-se observar que o indicador geral “utilização de práticas contemporâneas de gestão”, apesar de não ter sido 100% positivo para nenhum dos modelos de gestão estudados, teve melhor desempenho para o modelo terceirizado, sendo que o modelo burocrático ficou com avaliação negativa em grande parte dos itens. Tanto os hospitais terceirizados quanto os burocráticos necessitam incrementar os mecanismos de participação dos usuários com vistas a atender ao que prevê a Lei 8.142/90.

Diante dos resultados apresentados, observa-se que fica confirmada a hipótese deste trabalho de que o Modelo de Gestão Terceirizado influencia positivamente a utilização de práticas tradicionais e contemporâneas de gestão e a profissionalização dos diretores hospitalares.

6. CONCLUSÃO

Dentre as organizações hospitalares, sejam elas públicas ou privadas, não se pode prescindir das ferramentas oferecidas pela administração na busca do alcance de objetivos de maneira eficiente, eficaz e efetiva.

Nos serviços públicos vêm-se observando um movimento mundial, no sentido de modernizar a administração com vistas ao acompanhamento das mudanças trazidas pela globalização. Há necessidade de adequação frente às profundas crises enfrentadas pelos Estados Unidos, países europeus e refletidas também no Brasil. Especificamente na área de saúde o Brasil vinha enfrentando uma crise na oferta de serviços, conseqüência do *modus operandi* herdado do INAMPS, que, diante das diretrizes reformistas, deu origem a uma manifestação de reforma no Brasil: a criação do SUS, com a promulgação da Lei 8080/90.

Já em 1995, com a iniciativa da Reforma do Estado, observa-se uma mudança de paradigmas no modo de administrar a oferta de serviços públicos no Brasil. Passa a ser preconizado, de acordo com a abordagem do Novo Gerencialismo e da Reinvenção do governo de Osborne e Gaebler (1997), a introdução de práticas da administração privada nas organizações públicas, visto que, apesar destas não objetivarem o lucro como aquelas, é imprescindível que tenham um bom funcionamento, de forma a garantir a manutenção do seu financiamento sem *déficits* significativos e oferecer serviço de qualidade aos cidadãos.

Seguindo os princípios da Reforma do Estado, a Bahia optou pela parceria público-privada através da terceirização de hospitais públicos, como forma de atribuir-lhes as responsabilidades de serviço privado, com os objetivos de oferecer serviços de qualidade e reduzir os seus custos operacionais.

No estudo empírico, foi realizada análise comparativa entre 08 (oito) hospitais com modelo de gestão terceirizado e 11 (onze) hospitais com modelo de gestão burocrático, dentre os 42 hospitais públicos vinculados ao governo do Estado da Bahia.

Este capítulo apresenta as conclusões a que este estudo permitiu chegar e responde à pergunta da pesquisa e aos objetivos apresentados na Introdução: Em que medida o modelo de gestão burocrático ou terceirizado influenciam na utilização de práticas contemporâneas de gestão nos hospitais públicos do Estado da Bahia?

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- a. Descrever o perfil dos diretores e gerentes hospitalares intermediários nos hospitais, traçando um paralelo com modelo de gestão adotado;
- b. Identificar as características específicas dos diferentes Modelos de Gestão nestes Hospitais, à luz do referencial teórico da Burocracia e da abordagem do Novo Gerencialismo, enfocando a terceirização.
- c. Analisar se a mudança do modelo de gestão, de Burocrático para Terceirizado, influencia na adoção de práticas contemporâneas de gestão nos hospitais.

Para tanto foi traçada a hipótese de que o modelo de gestão Terceirizado influencia positivamente a utilização de práticas contemporâneas de gestão e a profissionalização dos diretores e gerentes hospitalares intermediários.

6.1 PERFIL DO GESTOR DE ACORDO COM O MODELO DE GESTÃO

Os resultados da análise¹⁷ do perfil do gestor indicam que existe uma maior preocupação com a profissionalização dos Diretores Gerais de Hospitais que adotam o

¹⁷ Na análise final do indicador geral, considerou-se: positivo quando apresentou resultados positivos para mais de 50% e negativo para 50% e menos.

modelo terceirizado de gestão. No Quadro 4, observa-se que os hospitais com modelo de gestão burocrático obtiveram avaliação negativa para duas das três variáveis, enquanto que os hospitais com modelo terceirizado obtiveram avaliação positiva para duas das três variáveis. Este fato indica que, de fato, a transição do modelo de gestão burocrático para o terceirizado estimula a contratação de profissionais mais qualificados para a administração do hospital, o que pode levar a uma melhoria na qualidade da oferta de serviços e à efetiva redução dos custos hospitalares. Apesar disso, a avaliação geral do indicador foi negativa para ambos os modelos de gestão, visto que o índice de pessoal NU se apresentou baixo tanto para os terceirizados quanto para os burocráticos.

Quadro 4 - Perfil do Gestor por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Indicadores	Avaliação por Modelo de Gestão	
	Modelo Burocrático	Modelo Terceirizado
1.1 Indicador específico: Profissionalização do Gestor	Negativo	Positivo
c) Formação	Negativo	Positivo
d) Formação específica na área de Administração	Positivo	Positivo
1.2 Indicador específico: Índice de pessoal adm. NU	Negativo	Negativo
AVALIAÇÃO GERAL DO INDICADOR 1	NEGATIVO	NEGATIVO

Fonte: Pesquisa de campo

O serviço público no Brasil ainda apresenta fortes traços de patrimonialismo e clientelismo. Nesta pesquisa isso pode ser observado através do indicador sobre o perfil do gestor, visto que, aparentemente, a baixa qualificação dos Diretores Gerais e as formações variadas, havendo inclusive um musicoterapeuta, sem especialização em administração hospitalar dentre os diretores dos hospitais com modelo de gestão burocrático, demonstra ainda que pode existir apenas o critério da indicação política para os cargos, desconsiderando-se as qualificações profissionais necessárias para desempenhar a função.

Nos últimos anos, tem se reduzido a crença de que os hospitais devem ser administrados por profissionais médicos, principalmente devido às grandes crises no setor de serviços de saúde ocasionadas por má gestão de recursos financeiros ou erros administrativos primários, gerados pelo conhecimento precário da gestão pública por parte dos profissionais de saúde.

A dicotomia existente entre bom gerenciamento dos recursos e insumos *versus* integralidade do cuidado ao paciente, exige do administrador hospitalar especialidades ainda mais complexas do que qualquer profissional graduado na área de administração ou de saúde. O médico não possui na sua grade curricular, disciplinas que tratem dos conhecimentos específicos em Administração. Além disso, apresenta-se como a mão-de-obra mais cara no setor saúde e nem sempre tem disponibilidade para o trabalho em regime integral, demandado pelo serviço. A diretoria geral tem como principais atribuições a visão estratégica da oferta de serviços e dos recursos e a otimização da prestação de serviços, habilidades comuns aos administradores. Assim, o diretor médico deve manter o seu foco na solução de problemas ligados diretamente às atividades desempenhadas por seus colegas, além de prestar apoio à diretoria geral, juntamente com os demais membros das equipes, para a solução de problemas ligados à assistência.

Os resultados da pesquisa permitem afirmar que, mesmo no contexto da Reforma do Estado, a Bahia não tem priorizado a qualidade da gestão dos hospitais públicos. A análise do perfil do diretor indica que a modernização gerencial vem ocorrendo nos hospitais com modelo de gestão terceirizado em maior grau do que no burocrático (apesar do resultado geral negativo) significando que, neste contexto, a estratégia da terceirização atende aos objetivos do Governo do Estado e da SESAB, por apresentar resultados melhores do que os hospitais sob administração direta.

Contudo, entende-se que é equivocada a crença de que a terceirização se mostra como a solução devido à ineficácia do Estado, visto que os profissionais competentes encontram-se disponíveis no mercado, tanto que os mesmos são selecionados pelas empresas terceirizadas e, mesmo que indiretamente, têm seus salários pagos com recursos públicos. O esforço do Estado para a modernização pode se mostrar eficaz se houver empenho das autoridades competentes no recrutamento e seleção de profissionais qualificados e esforço na constante

capacitação destes profissionais, nas especificidades dos serviços públicos de saúde.

6.2 CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE GESTÃO E UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS TRADICIONAIS DE GESTÃO

Os indicadores de utilização de práticas tradicionais de gestão foram utilizados neste estudo para efeito de caracterização dos modelos de gestão, de acordo com a teoria da Burocracia de Max Weber e a abordagem do Novo Gerencialismo que os embasam. Nem todos os indicadores puderam ser avaliados como positivos ou negativos, visto que alguns fazem parte das características intrínsecas a cada referencial teórico. Este indicador analisa se a utilização de práticas tradicionais de gestão está relacionada à profissionalização administrativa, cujos resultados foram apresentados no indicador anterior.

Como se pode observar no Quadro 5, a utilização de práticas tradicionais tem avaliação geral positiva para os hospitais com modelo de gestão terceirizado, enquanto que os burocráticos possuem avaliação geral negativa. Isso indica que, com a terceirização dos hospitais públicos, o governo do Estado da Bahia vem conseguindo alcançar um dos seus objetivos: profissionalizar a gestão de forma que, cada vez mais, práticas de gestão antes restritas às organizações privadas, passem a fazer parte da rotina de hospitais públicos. Com isso, espera-se que haja redução de custos, aumento da qualidade e equidade da oferta de serviços aos usuários do SUS, contudo, este é um estudo a ser realizado.

As práticas de gestão adotadas pelos hospitais estão de acordo com o referencial teórico a que as embasam. Têm-se como exemplos, em hospitais com modelo de gestão burocrático, as relações hierárquicas verticais, a seleção através de concurso público e a predominância do vínculo empregatício através de contrato. Já nos hospitais de modelo terceirizado, as variáveis que se destacam por representar a abordagem do Novo Gerencialismo são: seleção e contratação de profissionais através de parcerias com

cooperativas de trabalho, participação ativa do hospital na seleção e remuneração através de produtividade para os médicos (Quadro 5).

Há ainda alguns entraves que dificultam a profissionalização de diretores gerais de hospitais públicos. Um destes, talvez o maior deles, está na acomodação do servidor público diante da estabilidade profissional que lhes é atribuída. Desta forma, o gestor passa a lidar com profissionais que, mesmo qualificados, não encontram motivos para se esforçarem para que o serviço seja feito com qualidade. No caso hospitalar há casos em que o profissional plantonista possui uma conduta inquestionável em organizações particulares às quais presta serviços, mas no hospital público perde o comprometimento com a qualidade do serviço prestado, alegando os baixos salários e as péssimas condições de trabalho.

Para este problema, uma possível solução seria a realização de treinamentos constantes, tanto profissionais quanto motivacionais, de forma que o profissional passe a se comprometer com a qualidade do serviço prestado, além de regime de dedicação exclusiva com uma política de pessoal bem estruturada.

Quadro 5 - Utilização de Práticas Tradicionais de Gestão. Ba, 2004.

Indicadores	Avaliação por Modelo de Gestão	
	Modelo Burocrático	Modelo Terceirizado
2.1 Indicador específico: Estrutura Organizacional	Positivo	Negativo
a) Existência de Organograma	Positivo	Positivo
b) Tipo de relações hierárquicas predominantes	Verticais	Verticais
2.2 Indicador específico: Gestão de Pessoas	Negativo	Positivo
i) Existência de PCCS	Negativo	Positivo
j) Tipo de Seleção de Pessoal	Concurso Público	Cooperativa
k) Participação do hospital na seleção dos trabalhadores	Negativo	Positivo
l) Mecanismo de remuneração para Médicos	Negativo	Negativo
m) Mecanismo de remuneração para NÃO Médicos	Negativo	Negativo
n) Vínculo empregatício dos médicos	Contrato	Cooperativa
o) Tipo de promoção de pessoal	Negativo	Positivo
p) Existência de programas de Educação permanente	Negativo	Positivo
2.3 Indicador específico: Gestão Financeira	Negativo	Positivo
c) Demonstrações financeiras usadas pelo hospital	Negativo	Positivo
d) Existência da Classificação de Custos	Positivo	Positivo
2.4 Indicador específico: Gestão de Materiais	Negativo	Positivo
c) Existência de controle de custos para os materiais médico-hospitalares	Positivo	Positivo
d) Utilização de Procedimentos de Suprimentos	Negativo	Positivo
AVALIAÇÃO GERAL DO INDICADOR 2	NEGATIVO	POSITIVO

Fonte: Pesquisa de Campo

Entende-se que este resultado, apesar de ser consequência das terceirizações neste segmento, não precisa necessariamente estar vinculado a este tipo de parceria público-privado. O profissional qualificado está no mercado de trabalho, assim como todas as ferramentas necessárias a uma gestão por excelência no serviço público.

6.3 UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS POR MODELO DE GESTÃO

A análise das práticas contemporâneas de gestão tem como objetivo traçar um paralelo entre o referencial teórico da Burocracia e a abordagem do Novo Gerencialismo e a transição do modelo de gestão burocrático para o terceirizado, com vistas a observar se, de fato, esta transição tem levado à obtenção dos resultados preconizados pela Reforma do Estado e pelas Leis 8080/90 e 8142/90.

A avaliação geral do Indicador Utilização de Práticas contemporâneas de gestão para o modelo de gestão burocrático é negativa, tendo este modelo obtido resultado positivo apenas na variável que diz respeito à existência de tecnologia da informação para suprimentos (Quadro 6). Já para o modelo de gestão terceirizado a avaliação geral apresenta-se positiva, tendo havido avaliação negativa para a existência de Programa de Qualidade e formas de participação dos usuários.

Quadro 6 - Utilização de Práticas Contemporâneas de Gestão por Modelo de Gestão. Ba, 2004.

Indicadores	Avaliação por Modelo de Gestão	
	Modelo Burocrático	Modelo Terceirizado
3.1 Indicador específico: Programas de Qualidade	Negativo	Positivo
d) Existência de Programas de Qualidade	Negativo	Negativo
e) Existência de protocolos para orientar assistência ao usuário	Negativo	Positivo
f) Observação dos protocolos	Negativo	Positivo
3.2 Indicador específico: Gestão Participativa	Negativo	Positivo
d) Participação ou influência dos usuários na gestão	Negativo	Positivo
e) Forma de participação	Negativo	Negativo
f) Existência de parcerias de longo prazo com fornecedores	Negativo	Positivo
3.3 Indicador específico: Tecnologia da Informação	Negativo	Positivo
c) Existência de sistema informatizado para controle de compras	Positivo	Positivo
d) Existência sistema de custeio	Negativo	Positivo
AVALIAÇÃO GERAL DO INDICADOR 3	NEGATIVO	POSITIVO

Fonte: Pesquisa de Campo

Os dados indicam que a transição do enfoque tradicional para o novo modelo de gestão gerou resultados satisfatórios no que concerne às práticas de gestão preconizadas pela Reforma do Estado, porém deixando a desejar em dois aspectos relevantes: a implantação de Programas de Qualidade e a forma de participação dos usuários na gestão. Esta última, pela Lei 8.142/90, prevê que os Conselhos de Saúde sejam um grande fórum de discussão das políticas de saúde, principalmente no âmbito dos Estados e Municípios. Entretanto, os resultados do estudo empírico revelaram que esta participação se dá predominantemente através de pesquisas de satisfação dos usuários, sendo o Conselho de Saúde pouco ou nada referido pelos diretores gerais.

Os Programas de Qualidade visam à melhoria da qualidade, satisfação do usuário e redução de custos. Apesar disso, nenhum dos modelos apresentou avaliação positiva.

No que se refere à confirmação da hipótese deste trabalho, não se acredita que a influência positiva na utilização de práticas tradicionais e contemporâneas de gestão possa ser alcançada apenas mediante a terceirização das organizações hospitalares ou através de parcerias público-privado. Supõe-se que o serviço público não se encontra falido, apesar de passar por uma profunda crise (que aparenta ser crônica). Além disso, não se crê que o

modelo de gestão burocrático é o ente causador da crise ou se apresenta como um modelo de gestão fadado ao fracasso. Ao que tudo indica, o problema encontra-se na falta de profissionalização e vontade política para fazer com que o serviço público efetivamente funcione.

O SUS, desde a sua implantação com a Lei 8.080/90, e aperfeiçoado com as Normas Operacionais, prevê a descentralização, aspecto contemplado na Reforma do Estado e na abordagem do Novo Gerencialismo. O sucesso da descentralização depende de capacidade de planejamento, controle e avaliação, o que se resume em capacidade gerencial. Os mecanismos de controle ligados ao SUS, com toda a sua rede de Sistemas de Informação no âmbito nacional (a exemplo do DATASUS), demandam que cada uma de suas unidades (Estados e Municípios), esteja organizada e preparada administrativamente para alimentar os sistemas. Todo o faturamento e repasse de verbas do SUS encontram-se ligados a sistemas de informação que exigem certo *know-how* administrativo.

O Ministério da Saúde, órgão responsável pela formulação da Política de Saúde, demanda dos entes federados a modernização física da estrutura, e intelectual dos profissionais, aspectos imprescindíveis à fidedignidade da informação em saúde, que através da análise dos resultados dos indicadores, direcionará as Políticas de Saúde no país nos próximos anos.

Neste cenário, a discussão sobre o conflito existente entre as esferas técnica e política, parece se internalizar nos modelos de gestão dos hospitais. No contexto da descentralização dos serviços de saúde, a profissionalização dos gestores de hospitais públicos depende de vontade política. Contudo, sabe-se que a profissionalização por si só não resolve o problema se a descontinuidade administrativa e o critério unicamente político para a seleção de dirigentes hospitalares continuarem sendo a prática dos governantes.

Os resultados demonstram que, neste momento, a adoção de práticas gerenciais

contemporâneas é mais freqüente em hospitais com modelo de gestão terceirizada. Contudo, isso não significa que este seja o melhor modelo de gestão. Os hospitais com modelo de gestão burocrático podem ser gerenciados de forma mais profissionalizada, com vistas ao incremento da qualidade da oferta de serviços de saúde em cada esfera do governo.

Diante da análise através do método comparativo pode-se observar que há mais divergências do que similitudes entre os dois modelos de gestão analisados, acarretadas ora por força da legislação à qual são submetidos, ora devido à profissionalização da gestão. Fica para estudos futuros a análise das conseqüências operacionais, mais especificamente o desempenho, e atendimento aos princípios do SUS de universalidade e equidade diante das mudanças ocasionadas pela transição do modelo de gestão burocrático para o terceirizado.

Novos trabalhos deverão avaliar os hospitais com modelo de gestão burocrático e terceirizado de forma a identificar se o perfil do gestor e a inserção das práticas tradicionais e avançadas de gestão refletem de forma satisfatória no desempenho destes hospitais, aspecto que não foi possível desenvolver neste estudo devido à falta de informações para análise de desempenho.

Os resultados deste estudo se apresentam como um sinal de que é necessário que sejam tomadas medidas, em caráter de urgência, no sentido de profissionalizar a gestão dos hospitais públicos sob a administração direta do Estado, já que esta mudança é determinada pelo Ministério da Saúde.

Por fim, salienta-se que a mudança preconizada deve ser efetivamente adotada pelas distintas esferas colegiadas e responsáveis pelo SUS, de modo a evitar o aprofundamento da crise nos hospitais públicos, permitir a retomada do crescimento e garantir a sustentabilidade do setor.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C.M.; CASTOR, B. V. J.; Processo Decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde. *In Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 35 (6) 25-40, nov/dez, 1999.

ALVAREZ, Manuel S. B.; **Terceirização: Parceria e Qualidade** – Rio de Janeiro: Campus, 1996

AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivo em organizações públicas de saúde *in Ciência e saúde coletiva*. [online]. 2002, vol.7, no.2 [acesso em 23 de outubro 2005], p.349-361. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

BAHIA. Secretaria de Administração. Superintendência de Gestão Pública; **Terceirização no Setor Público – Um enfoque na experiência baiana (relatório de andamento)**. Salvador – 2001

BAHIA. Secretaria de Administração; **O processo de modernização do Estado da Bahia: os avanços de uma década 1991 – 2001**. Salvador: Secretaria de Administração: Escola de Administração da UFBA, 2002.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Lei N° 7.027 de 29 de janeiro de 1997**. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. Bahia: Secretaria Estadual de Saúde, 1997.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Lei n° 8.647, de 29 de julho de 2003**, dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. Bahia: Secretaria Estadual de Saúde, 2003.

BITTAR, O. J. N. V.; Gestão de Processos e Certificação de Qualidade em Saúde. *In Revista Assistência Médica Brasil*, 46 (1): 70 – 76, 2000.

BRAGA NETO, F. C.; VERAS, C. T.; NORONHA, M. F.; MARTINS, M.; LEITE. I.; Em busca de novos modelos gerenciais: os grupos diagnósticos homogêneos e a gerência hospitalar. *In Revista de Administração Pública*. 24 (4): 87 – 94, Rio de Janeiro – ago./out. 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional n° 19, de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. **Lei Complementar nº 82/95**. Dispõe sobre as despesas totais com pessoal da administração direta e indireta dos municípios. Brasília: Senado Federal, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração e da Reforma do Estado; **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado** – Brasília: https://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDI.HTM, acesso em 27/03/2004, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde; **Inovação Gerencial em Serviços Públicos de Saúde e Cidadania**; elaborado por Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – contribuições para a Agenda e Prioridades de Pesquisa**; Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990 (2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – SUS (NOB-RH / 2005)**; Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (NOB / 96)**; Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS – SUS 01/02**; Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRESSER PEREIRA, L. C.; Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. *In Revista do Serviço Público*. (7-39) Ano 47, V. 120, N. 1, Jan-Abr 1996.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do estado em 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, p. 7 – 26, jul./ago. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso *in Cad. Saúde Pública*, Oct./Dec, vol.14, no.4, p.863-870 – 1998.

CAMPOS, Francisco Eduardo; MOTTA E ALBUQUERQUE, Eduardo da. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde – notas introdutórias para uma discussão. *In Revista Economia Contemporânea*. 3(2): 97 – 123, Rio de Janeiro, jul / dez. 1999.

CASTRO, A. C. de; A Reformulação do Estado Brasileiro.

CPDOC – CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL. **A Era Vargas - 1º tempo - dos anos 20 a 1945**. Acesso em 12/10/2005 <http://www.cpdoc.fgv.br/comum/htm/>

CUNHA, F. J. A. P.; **A gestão da informação nos hospitais - o prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde**. Instituto de Ciência da Informação/UFBA, 2005. (Dissertação de Mestrado)

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias em Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *In Revista de Administração Pública*. Vol 26 (2): 8- 19, Rio de Janeiro – abr/jun. 1992.

FELICIELLO, Domenico. Modelos Assistenciais e Política de Saúde no Brasil. *In Revista de Administração Pública*. Vol 26 (2): 67 – 78, Rio de Janeiro – abr/jun. 1992.

FREUND, Julien. **Sociologia de Max Weber**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1980.

GITMAN, Lawrence J.; **Princípios de Administração Financeira**. 7º ed. São Paulo: Editora Harbra, 1997.

GIOSA, L. **A Terceirização nos Órgãos Públicos**. Acesso em 04/06/2004 http://www.liviogiosa.com.br/artigo_terceirizacao.php#01

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública**. 1998. 23 p. Disponível em <www.unb.br/ceam/nesp/polrh/temas/terceiriza.htm>. Acesso em: 5 set. 2003.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas and VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *In Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2002, vol.7, no.2 [acesso em 23 de outubro 2005], p.325-334. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

HALL, Richard H. O Conceito de Burocracia: uma contribuição empírica In: CAMPOS, Edmundo. **Sociologia da Burocracia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A mudança organizacional no setor público de saúde: delineamento de uma metodologia. *In Revista de Administração Pública*. Vol 26 (2): 139 – 144, Rio de Janeiro – abr/jun. 1992.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica de eficácia. *In Revista de Administração Pública*. Vol 26 (2): 20 – 31, Rio de Janeiro – abr/jun. 1992.

KON, Anita. **Economia de serviços: teoria e evolução no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4º ed. São Paulo: Atlas 2001.

MARTINS, Humberto Falcão.; Burocracia e a revolução gerencial – a persistência da dicotomia entre política e administração. *In Revista do Serviço Público.* (43-77) Ano 48 – N 1. Jan - Abr 1997.

MELO, C.; TANAKA, O.; As Organizações Sociais no Setor de Saúde: Inovando as Formas de Gestão?. *In Revista Organizações & Sociedade.* (107-118) V. 8 – n. 22 – Set-Dez 2001.

MENDES, V. L. P. S.; Inovação Gerencial na Administração Pública, Cidadania e Direitos dos Brasileiros. *In Revista Organizações & Sociedade.* (119-135) V. 8 – n. 22 – Set-Dez 2001.

MENDES, V. L. P. S.; **Inovação Gerencial na Administração Pública: Um estudo na esfera municipal no Brasil.** Escola de Administração/UFBA . Salvador, 2000 (Tese de Doutorado)

MENDES, V. L. P. S.; **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde.** Escola de Administração/UFBA . Salvador, 1994. (Dissertação de Mestrado).

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: Estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995.

NETO, Gonzalo Vecina; A formação de administradores para o setor saúde: algumas considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da universidade. *In Revista de Administração Pública.* 24 (4): 95 -99, Rio de Janeiro – ago. / out. 1990.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências. *In Saúde no Brasil – contribuições para a Agenda e Prioridades de Pesquisa;* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o Governo; como o espírito empreendedor está transformando o setor público.** 9º ed. Brasília: MH Comunicação, 1997.

PADOAN, A. C.; A Terceirização e seus Aspectos Legais. *In Juris Poiesis – Revista do Curso de Direito da Universidade Estácio de Sá.* Acesso em 04/06/2004. www.estacio.br/graduacao/direito/revista/revista4/artigo12.htm

PAIM, Jairnilson Silva; Atenção à Saúde no Brasil. *In Saúde no Brasil – contribuições para a Agenda e Prioridades de Pesquisa;* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PRESTES MOTTA, Fernando C. **O que é Burocracia.** 13º ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

PRESTES MOTTA, Fernando C. **Teoria Geral da Administração: uma introdução.** 13º ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1986.

PRESTES MOTTA, Fernando C.; BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Introdução à Organização Burocrática.** 3º ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

PRESTES MOTTA, Fernando C.; BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Introdução à Organização Burocrática.** 4º ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan; **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2º ed. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltda: 1998.

RAMOS, Dora Maria de Oliveira; **Terceirização na Administração Pública**. São Paulo: L Tr, 2001.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo. *In Brasil: Radiografia da Saúde* / Organizado por Barjas Negri, Geraldo Di Giovanni. – Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001.

SALERNO, Mário Sérgio (organizador). **Relação de Serviço – Produção e Avaliação**. Série Trabalho e Sociedade. São Paulo: Editora SENAC, 2001.

SEIXAS, Maria Auxiliadora Souza; **Qualificação do Administrador Hospitalar na região metropolitana de Salvador**. Universidade Salvador (UNIFACS), 2003. (Dissertação de Mestrado)

SILVA, Tatiana Dias; **Inovações Gerenciais em organizações hospitalares privadas de Salvador**. Escola de Administração / UFBA, 2003. (Dissertação de Mestrado)

WEBER, Max. Os Fundamentos da Organização Burocrática. In: CAMPOS, Edmundo. **Sociologia da Burocracia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da Sociologia Compreensiva – volume 2**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1999.

WILSON, Thomas P. Qualitative “versus” quantitative methods in social research. *In Bull. Metho. Sócio.*, nº 10, 25-51, Abril de 1986.

WRIGHT, Erick Olin. **Classe, Crise e Estado**. 1º ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro (a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre os Modelos de Gestão Adotados pelos Hospitais Públicos do Estado da Bahia na perspectiva de implementação do Modelo Assistencial à Saúde, aprovada para financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB e autorizada pela Secretária de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

A sua participação nesta pesquisa é fundamental, porque fornecerá o substrato para aprofundarmos o conhecimento sobre este tema. Contamos com a sua compreensão e colaboração em aceitar participar desta pesquisa assinando o “Termo de Consentimento Informado”, abaixo apresentado.

Para a sua segurança, garantimos que a sua identidade será preservada e as informações prestadas pelo (a) Senhor (a) receberão tratamento coletivo, o que garantirá o sigilo em relação às suas respostas e, portanto, a sua privacidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____,
aceito participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

_____, _____ de _____ de 2004

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA