

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - ENSP
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde - DAPS
Fundação Oswaldo Cruz
Mestrado em Saúde Pública – Sub-área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde**

Dissertação de Mestrado

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE SISTEMAS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE
UMA REGIÃO DE SAÚDE À LUZ DA TEORIA DAS
MACROORGANIZAÇÕES.**

Juliano de Carvalho Lima

Orientador: **Francisco Javier Uribe Rivera**

**Dissertação apresentada à
Escola Nacional de Saúde
Pública, ENSP – FIOCRUZ,
como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública.**

Rio de Janeiro

2003

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

L732p

Lima, Juliano de Carvalho

Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações. / Juliano de Carvalho Lima. Rio de Janeiro : s.n., 2003.

182p., ilus., graf.

Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1.Administração pública. 2.Sistema de saúde.
3.SUS (BR). 4.Planejamento em saúde.
5.Descentralização 6. Sistemas Locais de Saúde
I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.1068

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE SISTEMAS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE
UMA REGIÃO DE SAÚDE À LUZ DA TEORIA DAS
MACROORGANIZAÇÕES**

Juliano de Carvalho Lima

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP – FIOCRUZ, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Sub-área: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Aprovada em 16/04/2003 por:

- **Prof^a Dr^a Lígia Bahia (UFRJ)**
- **Prof^a Dr^a Virgínia Alonso Hortale (ENSP)**
- **Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera (ENSP)**
- **Prof^a Dr^a Helena Maria Sherlowski David (UERJ)**
- **Prof^a Dr^a Elizabeth Artmann (ENSP)**

Para minha linda e amada
Luciane, pelo prazer e alegria
da convivência.
Para meus pais e meu irmão,
pelo incentivo, amor e
compreensão.

*A sorte na saúde
e a virtude
agora me é
contrária
dá e tira
mantendo-me
sempre na escravidão.
Nesta hora
sem demora
tange a corda vibrante;
porque a sorte
abate o forte.
Chorai todos comigo!
(Carl Orff – Carmina Burana)*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Mestre, Javier, pelo estímulo, apoio e pelo modo amigo e respeitoso com que sempre me tratou.

Ao meu amigo Wagner, fiel trabalhador do SUS, pela parceria e pela amizade.

Ao meu amigo Eduardo, pela ajuda incondicional nos meus vários momentos difíceis no Rio de Janeiro.

As minhas professoras Berna e Lúcia, pelo incentivo permanente.

Ao meu melhor amigo, Rodrigo, e à Roberta, pelas férias na bela Fortaleza.

A Claudinha, Fischer, Geandro, Eliane, Cláudia Martins, Maria Lúcia, Elaci e demais amigos da SES/RJ, pelo carinho e pelos bons momentos dos “micro-chopps”.

Ao Clademir, hoje Ex-coordenador Regional de Saúde, por ter me aberto as portas da Coordenadoria.

Aos Coordenadores e demais trabalhadores da 6ª CRS, que com seu trabalho ajudam a construir um sistema público de saúde melhor.

Aos Secretários Municipais de Saúde da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, por terem participado do estudo.

A Helena, Sônia, Thereza, Ana Leão, Regina Henriques e Regina Trino, professoras da UERJ, pela oportunidade que me deram para aprender a ensinar.

A professora Virgínia Hortale, pelo apoio e pelas fundamentais contribuições no momento da qualificação do meu projeto e da defesa da dissertação.

A professora Lígia Bahia, por ter, gentilmente, aceito a tarefa de compor a banca de avaliação desta dissertação.

A professora Sheila Lemos, pelo apoio e contribuições ao meu trabalho.

RESUMO

Adotando uma abordagem qualitativa e utilizando como estratégia metodológica o estudo de caso, analisamos o sistema de gestão de uma região de saúde no Rio Grande do Sul, tendo como referencial para análise a Teoria das Macroorganizações (Matus, 1996). Tivemos como objetivos identificar os modos de construção e implementação da missão e dos objetivos na gestão da saúde da região; analisar como os coordenadores de saúde administram seu tempo e como são selecionados os problemas a que destinam maior atenção; analisar os momentos, procedimentos e critérios de avaliação com que se dá o processo de petição e prestação de contas na gestão do Sistema Único de Saúde na região e; analisar como são distribuídas as competências no interior do sistema regional de saúde.

A partir dos resultados foi possível verificarmos que o Modelo de Análise construído, composto pelas categorias Direcionalidade/ Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente; Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas e; Descentralização e Autonomia/ Sistema de Gerência por Operações, aplica-se bem para a avaliação da gestão de sistemas de saúde.

O sistema de gestão da 6ª Região de Saúde (6ªRS) teve na conformação de uma missão clara e incorporada pelos seus trabalhadores um fator potencializador das práticas de organização do sistema de saúde. Apesar disto, o modo como os coordenadores organizam o seu tempo tem desviado seus olhares para problemas emergenciais e rotineiros, em detrimento de questões importantes. A 6ªRS fortaleceu o controle social para imprimir maior responsabilidade na região. No entanto, o controle técnico da qualidade deixou a desejar, uma vez que não há objetivos, metas e prestação de contas por resultados. A assessoria descentralizada aos municípios e o modelo de financiamento promoveram descentralização e autonomia, embora esta estratégia careça de maior articulação regional e de dispositivos gerenciais mais comprometedores.

PALAVRAS-CHAVE

Administração pública; Sistema de saúde; SUS; Planejamento em saúde; Descentralização; Sistemas Locais de Saúde

ABSTRACT

This work analyzed the management system in a health district in the state of Rio Grande do Sul through qualitative analysis, utilizing a case study as methodology and the Macro-organization Theory (Matus, 1996) as its analytical framework. The objectives were a) to identify the processes of establishing and implementing both the mission statement and its objectives towards the management of public health in the region; b) to analyze how the health coordinators manage their time and how they select which issues deserve the most attention; c) to analyze the steps, procedures and metrics in regards to how the application and accountability processes at the Unified Health System in the region function; d) and to analyze how the competencies within the regional health system are allocated.

The results indicated that the established Analytical Model, composed by categories such as a) Directionality/ Compliance system applied to manager's agenda b) Responsibility / Requisition and Accountability Systems; and c) Decentralization and Autonomy/ Management System by Operations was well suited to evaluate the health management system.

The management system currently in place at the 6th Health Region has in its clear mission statement and in its wide acceptance by health workers an enhancement factor towards the current organizational practices within the health system. Nevertheless, the way health coordinators are currently prioritizing their time has diverted necessary resources from critical problems towards more remedial issues. The 6th Health Region has strengthened social responsibility in order to improve accountability in the region. Quality assurance management, though, presented room for improvement for there were no established goals, objectives and accountability. The decentralized consulting applied to the municipalities and the financing model have both promoted decentralization and autonomy, although this strategy demands a better regional integration and more engaging managerial practices.

KEY-WORDS

Public administration; Health system; SUS; Health planning ; Decentralization; Local health system

SUMÁRIO

Introdução	1
PARTE I - A TEORIA	8
I – Direção Estratégica	9
I.1. Teoria da produção social e planejamento estratégico situacional: fundamentos da gestão estratégica	9
I.2. A teoria das macroorganizações e o sistema de direção estratégica	16
I.3. As diferentes visões sobre a teoria organizacional do PES e sobre o seu modelo de direção estratégica	26
I.4 - Direção Estratégica e Reforma Gerencial Pública	46
PARTE II - O MÉTODO	69
II. Caminho metodológico	70
II.1. O local do estudo	70
II.2. Procedimentos de coleta, registro e análise dos dados	72
PARTE III - A PRÁTICA	78
III – Aproximando da realidade: Descentralização com ênfase na regionalização - desafios para a gestão do SUS	79
IV - Gestão do sistema de saúde da região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul	89
IV.1. Direcionalidade/ Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente	89
IV.1.1. Uma missão, nenhum objetivo	89
IV.1.2. Arrastados pela correnteza	102
IV.2. Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas	110
IV.2.1. Apostando no controle social	110
IV.2.2. Metas, indicadores e avaliação de resultados: os grandes ausentes	130
IV.3. Descentralização e autonomia/ Sistema de Gerência por Operações	135
IV.3.1. Planejamento: um desafio para a 6ª CRS e para os municípios	135
IV.3.2. Cooperação municipalizada X Cooperação microrregional gerenciada: avanços e percalços na descentralização e autonomia	151
PARTE IV - A PRÁTICA, O MÉTODO E A TEORIA	170
Considerações finais	170
Referências Bibliográficas	179

ANEXOS

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Espaços de comunicação que serviram para aproximar a CRS dos municípios, na visão dos gestores municipais de saúde

Gráfico 2 – Mecanismos de participação dos municípios na tomada de decisão sobre questões relacionadas à gestão do sistema regional de saúde, segundo visão dos gestores municipais

Gráfico 3 – Visão dos secretários municipais de saúde em relação à autonomia municipal durante a gestão 1999-2002 da 6ª CRS

Gráfico 4 - Visão dos gestores quanto à atuação da CRS na construção da autonomia municipal

QUADROS

Quadro 1 – Modelo de análise do sistema organizacional da gestão na região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde/ RS

Quadro 2 – Síntese das diferentes visões sobre a abordagem organizacional de Matus

Quadro 3 – Fluxo de petição e prestação de contas na região da 6ª CRS

Quadro 4 – Síntese das análises do sistema de gestão da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul

FIGURAS

Figura 1 – Diferenças fundamentais entre uma Microorganização e uma Macroorganização

Figura 2 – Triângulo de Ferro da Teoria Macroorganizacional

Figura 3 – Organograma inicial da 6ª Regional de Saúde

Figura 4 – Organograma final da 6ª Regional de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

APG – Administração Pública Gerencial
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DIRE's – Diretorias Regionais de Saúde
DRS's – Delegacias Regionais de Saúde
MP – Ministério Público
NAP – Nova Administração Pública
NGP – Novo Gerenciamento Público
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NURESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PSF – Programa Saúde da Família
REFORSUS – Projeto de Reforço ao Sistema Único de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SILOS – Sistema Local de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tribunal de Contas
VDP – Vetor de Descrição dos Problemas
6ª CRS – Sexta Coordenadoria Regional de Saúde

Introdução

O setor saúde, no Brasil, encontra-se hoje em um momento bastante distinto daquele de 14 anos atrás. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, contrariando a tendência internacional de reduzir o papel do Estado na proteção social da população, trouxe consigo várias experiências positivas, rompendo com a tradição excludente das políticas de saúde no Brasil e fazendo garantir, pelo menos na lei, o direito universal à saúde.

Não há dúvidas de que estamos avançando. Ainda assim, quando olhamos para os princípios e diretrizes do SUS e para o cotidiano da vida dos usuários do nosso sistema de saúde, temos a sensação (correta, aliás) de que muito há por fazer, pois estamos muito longe de atendermos a estes princípios consagrados constitucionalmente. No mais das vezes temos lidado com problemas que parecem os mesmos de vinte ou mais anos atrás, ao mesmo tempo em que novos problemas surgem. Iniquidades no atendimento, dificuldades no acesso, baixa resolutividade, falta de recursos, mal atendimento, filas, despreparo e desmotivação dos profissionais são alguns dos problemas enfrentados pelos usuários do SUS.

Como são vários os problemas e várias as suas causas, várias também são as linhas de ação desenvolvidas por aqueles que insistem em construir o SUS no Brasil, buscando provocar mudanças nos problemas verificados com o objetivo final de melhorar a assistência e o próprio nível de saúde da população. Tanto na produção teórica quanto prática tem-se questionado os modos tradicionais de se produzir saúde (ou doença) e tem-se buscado inventar novas maneiras de intervenção. Desta forma, mudanças vêm sendo pensadas e praticadas no âmbito dos modelos de atenção à saúde, dos recursos humanos, da legislação, da relação público-privado, das tecnologias e da gestão de serviços e sistemas de saúde.

Esta última linha de ação, a gestão de sistemas de saúde, assumida aqui como a condução da conjuntura orientada por um plano, constitui-se no nosso objeto de estudo neste trabalho. Isto porque a herança burocrática e centralizadora das nossas organizações tem historicamente subordinado os interesses dos usuários aos seus e colaborado para acentuar a alienação dos processos de trabalho, criando organizações de saúde “procedimento-centradas”, com um olhar pouco voltado para os usuários. Esta situação contribui decisivamente para a manutenção de uma determinada prática de trabalho destoante das necessidades da população. Uma organização burocratizada,

perdida em si mesma, não é capaz de dar respostas eficientes e eficazes para as pessoas que dela necessitam. Esta situação tem colocado alguns desafios para a administração das organizações de saúde (e da administração pública em geral):

1. Como garantir a missão organizacional primária, produzir saúde?

Deve-se reconhecer, no campo da saúde, assim como nos diversos campos relacionados a políticas sociais, que existem diversos atores, cada qual com suas motivações e interesses que lhes são próprios e, muitas vezes, conflitantes. O desafio passa a ser, então, como garantir a missão institucional de melhorar a vida das pessoas diante desta complexidade e diversidade de interesses?

2. Como transpor as barreiras de controle hierárquico?

Devido à diversidade de usuários e de suas demandas, à complexidade inerente a cada local, às características do processo de trabalho no setor saúde, onde os sistemas locais detêm grande (e necessária) autonomia, entre outros motivos, a tomada de decisão deve se dar, cada vez mais, em nível descentralizado, garantindo respostas mais ágeis e de acordo com a realidade de cada local. Porém, a base precisará de apoio para sustentar suas avaliações e decisões.

3. Como combinar maior descentralização e autonomia com concomitante aumento de responsabilidade?

É comum nos serviços públicos, entre eles os de saúde, a ausência de visibilidade e transparência. Não se dá conta, de modo satisfatório, de algumas questões como: que serviços se oferece? em que prazos? com que qualidade? qual seu impacto?

Pode-se dizer que existe nos serviços públicos, por razões diversas, uma verdadeira cultura de irresponsabilidade. Sendo assim, é legítimo afirmar que não há como garantir maior autonomia aos níveis descentralizados sem concomitante ampliação do dever de prestar contas. Paraphrasing Sylvie Trosa (2001:47) *trata-se aqui de uma verdadeira mudança cultural: sou mais livre mas devo também ser capaz de melhor prestar contas.*

Buscando enfrentar os desafios acima descritos (e outros), diversos autores têm buscado formular e discutir novas formas de se gerenciar organizações públicas de saúde, inventando modelos mais descentralizados, democráticos e responsáveis. Dentre estes autores, podemos citar Rivera (1995; 1999), Cecílio, (1994; 1997), Lima (1996) e Campos (1997; 2000).

Estes vários autores, em menor ou maior grau, sofreram a influência de Carlos Matus, Ministro da Economia durante o Governo de Salvador Allende no Chile. Este foi um autor preocupado com a capacidade de governo da esquerda latino-

americana, e sua importância advém da crítica que faz ao planejamento normativo, de base economicista e prescritiva, e da formulação e desenvolvimento do paradigma estratégico em planejamento e gestão. Para Campos (2000:144), juntamente com Mário Testa, Matus propiciou *uma ruptura no campo da Gestão, ao sugerir meios para se operar instituições combinando a objetividade inerente ao planejamento com a subjetividade dos atores sociais*.

Além disso, Matus é o formulador de uma teoria organizacional voltada para Macroorganizações¹: *A primeira coisa que pode ser observada no esquema é que trata-se de um sistema de direção de poder executivo a nível federal ou estadual. Embora possa também ser pensado a nível de prefeitura de município de grande porte* (Cecílio, 1997:262).

Enfatizamos este aspecto porque ao se discutir modelos de gestão em saúde surge a necessidade de se caracterizar o tipo de organização de que se está tratando. Ao se falar de gestão de serviços de saúde, onde a produção teórica é maior, leva-se em conta o fato de estas serem Organizações Profissionais, conforme a tipologia criada por Mintzberg (1995). Nesta tipologia Mintzberg divide a organização em cinco partes: no *núcleo operacional* localizam-se aqueles responsáveis pela produção ou prestação direta de bens e serviços, é o coração da organização; a *cúpula estratégica* é o local onde se encontram os dirigentes responsáveis por garantir a missão da organização e sobre os quais recai total responsabilidade sobre a mesma; a *linha intermediária* liga o núcleo operacional à cúpula estratégica, é composta por gerentes e supervisores; a *tecnoestrutura*, na verdade, presta serviços à organização e seus sujeitos são os analistas, que delineiam e padronizam o trabalho na organização; e a *assessoria de apoio*, é responsável por prover serviços indiretos para a própria organização, ou seja, assessorar e garantir o processo de produção por parte dos operadores.

As Organizações Profissionais, para trabalharem bem, dependem necessariamente do núcleo operacional, ou seja, seus profissionais. O trabalho é complexo e de grande demanda. Os profissionais gozam de grande autonomia, decorrente de seu saber especializado e da complexidade de seu trabalho e, por isso, não admitem influências. Tal autonomia geralmente acarreta problemas de coordenação, uma vez que esta tem de garantir a missão da organização e, para isso, precisa exercer um certo controle sobre os profissionais.

¹ *...Uma Macroorganização é um conjunto de sistemas microorganizacionais que operam em um espaço político-institucional [...] onde cada organização participante é um jogador com um grau relevante de autonomia. Não há relações hierárquicas entre os jogadores.* (Matus, 1996:344).

Considerar estas características implica, como mostrou Dussault (1992), em se pensar modelos de gestão para os serviços públicos de saúde coerentes e adequados às suas especificidades.

No entanto, ao se falar de sistemas de saúde, acreditamos que o potencial explicativo do modelo de Mintzberg (1995) se dilui um pouco. Isto porque, em primeiro lugar, ao observarmos um sistema de saúde como o SUS não identificamos os profissionais como “os” detentores do poder na organização, pelo contrário, outros atores assumem papel de relevância, tal como os gestores, os políticos, os próprios usuários, entre outros. No sistema, o poder está mais diluído, fazendo com que haja um certo enfraquecimento dos profissionais, ainda que estes sejam parte importante do sistema no interior de cada organização que o compõe, desde o hospital até o Ministério da Saúde. Além disso, o desenho organizacional feito por Mintzberg (1995) pressupõe a existência de uma linha hierárquica na organização. Ou seja, esta tipologia enfatiza o interior da organização, e não sua relação com as demais dentro de um sistema organizacional. Deste modo, acreditamos que nos sistemas de saúde os serviços não podem figurar como “a” unidade de análise, pois assim não é possível a captura da lógica própria e da autonomia dos movimentos globais (no nível do sistema).

O conceito de Macroorganização, tal como desenvolvido por Matus (1996), enfatiza as relações paralelas entre organizações que coexistem num determinado sistema e onde nenhuma detém poder absoluto de mando sobre a outra. Desta forma, um sistema de saúde, em qualquer nível de governo, pode ser considerado como uma Macroorganização onde existem várias organizações (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, Hospitais, Conselhos de Saúde, associações profissionais, hospitais), mas nenhuma delas detém poder hierárquico absoluto sobre as demais.

Por isso, partimos do pressuposto de que o modelo teórico da Teoria das Macroorganização de Matus é adequado para a análise de sistemas de saúde em qualquer nível, pois como será visto adiante, as características de um sistema de saúde são semelhantes às de uma Macroorganização.

A partir da Teoria das Macroorganizações, Matus desenvolveu um grande esforço de enriquecimento do Momento Tático Operacional do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Este esforço resultou numa **proposta de análise** (macro) organizacional (**Teoria das Macroorganizações**) que fundamenta um **Sistema de Direção Estratégica**, expresso em um Triângulo de Ferro formado por três subsistemas: **Sistema de Petição e Prestação de Contas**; **Sistema de Gerência por**

Operações e Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente.

A proposta desenvolvida na Teoria das Macroorganizações e no Sistema de Gestão que o segue pressupõe a construção de uma organização racional, descentralizada, planejada, criativa, participativa e responsável, trazendo contribuições para se pensar a mudança e a gestão das organizações públicas de saúde.

Como dissemos anteriormente, o SUS necessita de novos arranjos organizacionais e novas formas de gestão para conseguir transformar seus princípios e diretrizes em realidade. Modelos de gestão centralizados, autoritários, inflexíveis e de baixa responsabilidade, nas organizações públicas de saúde, tendem a gerar ineficácia, ineficiência e insatisfação dos usuários. Assim, a gestão do SUS exige modelos de gestão mais descentralizados, flexíveis e participativos, buscando o envolvimento e responsabilização de todos, características, ao nosso ver, presentes no modelo de gestão proposto por Matus².

Essa mudança é exigida em todos os níveis de gestão do SUS. Mas atualmente há um espaço em que, em virtude das políticas de descentralização que vêm sendo adotadas, os desafios parecem ser maiores: a região de saúde. Ao desafio colocado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2001 – (Brasil, 2001), de se construir sistemas de saúde funcionais no âmbito supra-municipal, com garantia de acesso a todos os níveis de assistência à saúde e com redução de desigualdades, contrapõe-se a falta de integração regional e o modo burocrático e centralizado com que atuam as instâncias de gestão regionais, ligados às secretarias estaduais (Diretorias, Delegacias, Escritórios ou Coordenadorias Regionais de Saúde).

Isto porque a construção da regionalização da assistência de forma responsável não poderá ser conduzida por organizações que, hoje, cumprem um papel burocrático de repasse de papéis entre os níveis central e municipal. Por isso, a gestão de sistemas regionais de saúde é, mais especificamente, o foco da nossa atenção neste estudo.

Assim, considerando a necessidade de se constituir uma gestão forte no espaço regional de organização dos sistemas de saúde e a atual estrutura organizativa das instâncias regionais de gestão, com características burocráticas e com pouca atuação na organização do sistema, e partindo do pressuposto de que o modelo teórico da Teoria das Macroorganização de Matus é adequado para a análise de sistemas de saúde,

² Entendemos por modelo de gestão, no âmbito deste trabalho, uma determinada forma característica de se articular os recursos físicos, tecnológicos, organizacionais e humanos disponíveis, no sentido de conduzir uma organização de forma eficiente e eficaz rumo ao cumprimento da sua missão.

realizamos um estudo com o objetivo de analisar o modelo organizacional da gestão de uma região de saúde à luz da Teoria das Macroorganizações e do Sistema de Direção Estratégica do PES.

O objetivo geral deste estudo foi de analisar o modelo organizacional da gestão de uma região de saúde no Rio Grande do Sul à luz da Teoria das Macroorganizações e do Sistema de Direção Estratégica do PES, tendo por objetivos específicos: 1) identificar os modos de construção e implementação da missão e dos objetivos na gestão da saúde da região; 2) analisar como os coordenadores da Região de Saúde administram seus tempos e como são selecionados os problemas a que destinam maior atenção; 3) analisar os momentos, procedimentos e critérios de avaliação com que se dá o processo de petição e prestação de contas na gestão do Sistema Único de Saúde na região e; 4) analisar como são distribuídas as competências no interior do sistema regional de saúde.

O trabalho está organizado em quatro partes: ‘A Teoria’, ‘O Método’, ‘A Prática’ e ‘A Prática, O Método e A Teoria’.

Na primeira parte do trabalho, ‘A Teoria’, apresentamos e discutimos o referencial teórico deste estudo, qual seja, a Teoria das Macroorganizações e o Sistema de Direção Estratégica. Nesta parte procuramos dialogar com o autor, Carlos Matus, identificando os aspectos fundamentais e críticos da proposta.

Nos utilizamos também de outros autores importantes na área do planejamento e gestão em saúde no Brasil que de alguma maneira discutem o modelo gerencial matusiano. Os autores escolhidos foram Sheila Maria Lemos Lima, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Francisco Javier Uribe Rivera. Realizamos um contraponto entre os autores, explorando suas visões sobre as teorias organizacionais em geral e sobre a Teoria das Macroorganizações em especial. Com estas discussões buscamos, através daqueles autores, identificar virtudes e fragilidades já exploradas por eles, realizando uma análise crítica dessas análises já feitas. Trata-se, portanto, de uma análise da análise.

Seguindo, buscamos aproximar as idéias de Matus das discussões feitas pelo chamado Novo Gerenciamento Público, movimento amplo que vem invadindo os países do mundo desde fins da década de 70, e que toma maiores dimensões nos anos 80 e 90 com as discussões a respeito da reforma do Estado. Adotando o que consideramos uma visão mais progressista do Novo Gerenciamento Público, baseados numa autora francesa chamada Sylvie Trosa (2001), procuramos evidenciar a atualidade do pensamento matusiano, enfatizando as semelhanças das propostas.

Em ‘O Método’, apresentamos o caminho metodológico percorrido para se alcançar os objetivos propostos. Nela são apresentados o local do estudo, as técnicas de coleta e registro dos dados e o modelo de análise utilizado.

A terceira parte, intitulada ‘A Prática’, faz num primeiro momento uma aproximação à realidade vivida no desenvolvimento da política de descentralização da saúde no Brasil atualmente, enfatizando o desafio gerencial colocado pela tentativa de se reverter a descentralização autarquizada produzida durante os anos 90 através da aposta na regionalização da assistência à saúde. Trata-se de um pequeno texto, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas tão somente de aproximar-nos do contexto em que se dá o estudo.

Em seguida são apresentados os resultados e as discussões frutos do trabalho de campo, divididos em três partes conforme as categorias de análise por nós utilizadas: Direcionalidade/ Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente, Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas e Descentralização e Autonomia/ Sistema de Gerência por Operações.

Na última parte, realizamos um resgate da ‘A Prática’, do ‘O Método’ e da ‘A Teoria’, buscando realizar uma síntese e mostrando como os três elementos alimentam-se mutuamente, podendo contribuir para as discussões e práticas no âmbito da gestão dos sistemas de saúde.

PARTE I
A TEORIA

I – Direção Estratégica

Antes de apresentarmos nosso referencial teórico propriamente dito, a Teoria Macroorganizacional do Planejamento Estratégico Situacional e o Sistema de Direção Estratégica, que trata de uma visão particular sobre as organizações e sobre um modelo de direção estratégica para conduzi-las, julgamos importante que se tenha uma visão geral da obra de Carlos Matus, até mesmo para facilitar a compreensão daquela Teoria, uma vez que, segundo o próprio autor, não há como se entender os fatos ou ações (principalmente quando esta ação diz respeito à formulação de uma Teoria) sem compreender o contexto no qual eles ocorrem.

Posteriormente, apresentaremos a Teoria Macroorganizacional do PES e o Sistema de Direção Estratégica dela decorrente. Em seguida, realizamos algumas discussões com alguns autores que abordam e trabalham a Teoria Organizacional de Matus, quais sejam, Sheila Maria Lemos Lima, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Francisco Javier Uribe Rivera, destacando as principais semelhanças e diferenças entre as visões dos três autores sobre a Teoria das Macroorganizações do PES.

Por fim, ainda neste capítulo, apresentamos algumas idéias relacionadas ao movimento do Novo Gerenciamento Público, tido como um movimento de grande impacto sobre os serviços públicos em vários países, discutindo a sintonia desta proposta com o modelo de gestão do PES.

1.1. Teoria da produção social e planejamento estratégico situacional: fundamentos da gestão estratégica

Carlos Matus, ideólogo do Planejamento Estratégico Situacional, é uma referência ineludível ao se falar de planejamento na América Latina, e suas diretrizes também influenciaram de sobremaneira o setor saúde.

Matus é um autor preocupado com a capacidade de governo, em dar maior governabilidade aos governos de esquerda da América Latina. Seu interesse é decorrente do fracasso chileno que sucumbiu a um golpe militar, ou seja, não conseguiu se legitimar e se manter no poder. Para Matus, a principal deficiência na capacidade de governo dos países latino-americanos está na pobreza de seus métodos de planejamento.

A **capacidade de governo**, *acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados* (Matus, 1997:61), forma com outros dois

vértices um triângulo de governo formado ainda pelo **projeto de governo**, que seria o conjunto de propostas e projetos que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos, e pela **governabilidade**, que diz respeito à relação entre as variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo. A governabilidade aumenta conforme aumenta a capacidade de governo, e vice-versa. Na verdade, *essas três variáveis, embora de naturezas distintas, condicionam-se mutuamente, aludindo à complexidade do processo de governar* (Mottin, 1999:39).

Após realizar um verdadeiro desmonte epistemológico do planejamento econômico, Matus busca estabelecer um novo paradigma em planejamento. Dedicase então a fundamentar teoricamente um método capaz de dar maior capacidade de governo a um ator em situação, o método PES. Sua formulação teórica se centra em três questões fundamentais: O conceito de Situação, a Teoria da Ação Social e a Teoria da Produção Social.

O Conceito de Situação

A denominação do enfoque matusiano (estratégico situacional) evidencia a importância desta categoria (Rivera, 1995). Matus se baseia numa série de autores para desenvolver o seu conceito de situação, dentre eles podemos citar Gramsci, Heidegger, Sartre, Gadamer e Ortega e Gasset. Conclui que os fatos somente possuem significado quando compreendido o contexto (situação) no qual ocorrem. Assim, a situação seria *uma apreciação da realidade feita pelo ator em relação às ações que projeta produzir, visando preservar ou alterar a realidade em que vive* (Matus, 1997:100). Podemos perceber que este conceito está estreitamente vinculado à idéia de explicação (Artmann, 1993), portanto, para que um ator possa explicar determinada realidade deve entender a situação como *o espaço de produção social onde nós desempenhamos um papel, assim como nossos oponentes, e onde tudo o que ocorre em termos de produção social depende de nós e deles, em interação com o cenário que nos envolve a todos* (Matus, 1997:210).

As considerações matusianas se opõem de maneira radical à idéia de diagnóstico formulada pelos planejadores normativos, que pressupõem a possibilidade de uma explicação única da realidade, uma verdade objetiva, feita por alguém que aprecia a realidade “de fora” dela. Ao contrário, o PES admite várias explicações, tendo em vista a existência de vários atores e suas diferentes formas de ver o mundo, compreendendo que todas elas são verdadeiras do ponto de vista situacional. Neste conceito reside boa parte da potencialidade do PES.

A Teoria da Ação social

Partindo da sua idéia de situação e da concepção de realidade como um sistema social interativo e de alta incerteza, onde os diferentes atores estabelecem relações interativas que variam da cooperação ao conflito, Matus formula uma taxonomia da ação social. Assim, a ação não seria simplesmente o produto do comportamento humano, comportamento este que, segundo o planejador normativo, seguiria leis estáveis que quando compreendidas permitiriam retratar a realidade e prever o comportamento dos homens. Pelo contrário, a ação humana seria intencional, reflexiva e criativa, orientada por objetivos numa situação de conflito e cooperação.

Matus avança em relação à idéia de ação dos planejadores normativos, criticando a ação instrumental baseada no estímulo intencional e reflexivo do planejador sobre um objeto, esperando uma reação previsível. Desta forma, critica a noção de ação humana baseada em uma racionalidade instrumental³. No entanto, Matus, ao conceber a ação estratégica interativa, se pauta por uma visão também orientada pelos fins mas que aponta uma outra racionalidade, a racionalidade instrumental estratégica. Tal concepção de ação humana traduz-se para o seu método (PES) que segundo Rivera (1989:90) *exacerba as pretensões controlistas do planejamento e o aproxima de uma abordagem objetivista*.

De fato, Matus ao ocupar-se com a governabilidade termina por depositar sobre o componente estratégico de seu método uma carga de racionalidade que busca “vencer” o outro, tornando o método uma ferramenta para tal.

Embora se critique a razão instrumental que permeia a compreensão de ação humana de Matus, é importante lembrar que o objeto do qual se ocupa o autor é o planejamento, que como tecnologia de intervenção sobre a realidade, com vistas a submeter o desenrolar dos fatos ao nosso desejo, não pode prescindir de instrumentalidade. Por isso, concordamos com Campos R. (2000:274) que ao referir-se ao dilema do planejamento moderno diz: *Esta questão [a crítica à razão instrumental] coloca o planejamento dos anos noventa em meio a um dilema fundamental: como fugir do papel controlador, advindo da razão instrumental, sem perder a própria instrumentalidade, não deixando de ter valor de uso*.

A Teoria da Produção Social

³ Razão orientada pelos fins, ver Guerreiro Ramos (1989)

A interpretação de Matus sobre o processo de produção social é de fundamental importância aqui, pois embasa a sua Teoria das Macroorganizações e o Triângulo de Ferro (da gestão) macroorganizativa, que servirão de referencial teórico para o desenvolvimento desse trabalho e que será explicitado adiante.

Dotado de sua forma específica de ver o mundo, Matus desenvolve sua Teoria da Produção Social. Ele busca uma teoria integradora da totalidade social, que preencha os espaços deixados pelas ciências sociais baseadas no positivismo, que fragmentam e compartimentam a realidade em setores e departamentos (sociologia, ciência política, biologia, saúde, educação, transporte). É bom lembrar que o autor está preocupado com o “homem de ação” e expõe o seu drama da seguinte forma:

Por um lado ele [o homem de ação] deve apoiar-se nas ciências departamentalizadas desenvolvidas nas universidades, e por outro num planejamento dividido em setores. As ciências e o planejamento não lhe oferecem outra alternativa. No entanto ele deve atuar numa realidade que não reconhece os departamentos criados pelas universidades nem os setores criados pelo planejamento econômico (Matus, 1997:99).

A Teoria da Produção Social daria ao homem a capacidade de apreciação do conjunto da realidade de que necessita. Esta teoria perpassa por todos os momentos do método PES, mas de maneira mais marcante o momento explicativo e tático operacional, como será visto adiante.

Assim como outros autores (Guareschi, 1992; Astley e Van de Ven *apud* Rivera, 1995; Morgan, 1996), Matus se utiliza da metáfora de um jogo para desenvolver sua teoria. Para Morgan (1996:16) as metáforas não servem apenas como artifício para embelezar o discurso, mas possuem um significado maior. *Usar uma metáfora implica um modo de pensar e uma forma de ver⁴ que permeia a maneira pela qual entendemos o nosso mundo geral.*

O processo de produção social seria semelhante a um jogo onde o “eu” e o “outro” configurariam os jogadores. Cecílio (1997:254) sintetiza bem a metáfora matusiana:

...os jogadores (atores sociais) submetendo-se a determinadas regras (genoestruturas) fazem jogadas (fluxos de produção social) que lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestruturas). No processo de produção social os atores podem, a partir de jogadas acertadas e conseqüente acumulação de poder chegar a mudar as regras mais básicas da sociedade que são as formas de propriedade dos meios de produção e seu aparato jurídico constitucional.

⁴ Grifado no original.

Desta forma, a produção social, entendida como tudo o que é produzido pela ação humana (valores, ideologias, bens e serviços econômicos, teorias, ciências, instituições, linguagem), se dá em diferentes níveis ou planos que são interdependentes.

O plano das regras fundamentais – genoestruturas. Essas regras referem-se à macroestrutura política, social e econômica de uma sociedade. Nas sociedades capitalistas, estas regras dizem respeito à estrutura de classe decorrente da forma de propriedade dos meios de produção. Elas definem “o espaço de variedade do possível”, ou seja, tem um caráter restritivo em relação à possibilidade que os atores tem de produzir fatos na situação. *As genoestruturas são muito estáveis e suas alterações marcam as grandes mudanças da história* (Matus, 1997:118).

O plano das acumulações – fenoestruturas. Diz respeito à correlação de forças entre os atores sociais em situação, de acordo com os recursos de poder detido por cada um. Os jogadores podem ser ou possuir capacidades acumuladas e se relacionam com outras fenoestruturas. Para um melhor entendimento, tomemos as próprias palavras de Matus (1997:113) *o que é comum a todas as fenoestruturas é que constituem capacidade de produção de fatos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos, comunicacionais, etc, de bens e serviços econômicos e de valores. Isto é, são capazes de gerar fluxos de produção.*

O plano dos fatos – fluxos ou produção social. Corresponde às jogadas do jogo, o que se faz, o que se produz; são os efeitos e os resultados. Terão sempre uma dimensão econômico-social; uma dimensão ideológico-cultural; uma dimensão cognitiva; uma dimensão jurídico-legal e uma dimensão ecológico-social.

Existem relações entre os três planos que se dão no interior de determinada situação. Assim, por exemplo, fatos que ocorrem no cotidiano podem “fenoestruturar-se”, ou seja, reverterem-se em capacidade de produzir fatos (por exemplo, o investimento feito por um país que reverte em maior capital nacional, gerando maior capacidade produtiva).

Segundo Rivera (1995), a construção matusiana recebe duas influências mais marcantes, uma advinda da biologia, pela relação de determinação genótipo-fenótipo, e outra do marxismo, especificamente de Kosik, que se refere à distinção entre essência e aparência, que corresponderiam, respectivamente, à genoestrutura e fenoestrutura.

Julgamos importante neste momento tecer algumas considerações a respeito de determinados aspectos da Teoria de Matus que têm sido, freqüentemente, motivos de

críticas.

Rivera (1995) aponta alguns limites da Teoria da Produção Social e, ao mesmo tempo, aponta modos de superá-los. Este autor retoma criticamente dois pontos: as relações intragenoestruturas e as relações genoestrutura/fenoestrutura. Com relação à primeira, Rivera se utiliza da obra de Matus intitulada *La Planificación de Situaciones* (1980), que discute as relações internas às genoestruturas. Rivera questiona a determinação das relações econômicas sobre as estruturas sociais, explícita na obra citada: *La estructura económica predomina em sus relaciones com las otras estructuras, aunque no siempre domine en una situación específica* (Matus *apud* Rivera, 1995:157). Assim, as relações sociais seriam determinadas economicamente somente em alguns períodos da evolução social e as estruturas ideológica e jurídico-política teriam um papel ativo e importante (Rivera, 1995). Retomando o papel primordial da subjetividade, da normatividade autônoma dos atores sociais e da cultura, segundo Habermas, Rivera faz um contra-ponto ao objetivismo funcionalista de variantes do marxismo, como a Teoria da Produção Social.

Quanto ao segundo ponto, as relações genoestrutura/fenoestrutura, seria necessário entender as relações entre economia (genoestrutura) e acumulações como relações *mútuas e contingenciais, não providas de um sentido determinístico apriorístico*. Além disso, o autor acredita que *se torna necessário compreender as acumulações ou organizações não apenas como capacidades de produção social, no sentido instrumental, senão que também como expressões dos elementos individuais, normativos e culturais do modo da vida dos atores particulares dessas organizações* (Rivera, 1995: 158).

Da mesma forma, alguns autores ligados ao Laboratório de Planejamento e Administração da Unicamp têm criticado o caráter determinístico da Teoria matusiana (Merhy, 1995). Aliás, o sujeito e a subjetividade estão no centro analítico destes autores, que buscam resgatar o fator humano na mudança. Em geral partem de uma crítica às idéias estruturalistas que colocam *toda a culpa pelos rumos da história em alguma macro-instituição colocada acima do poder de interferência dos pobres mortais* e que *vêm os homens presos a máquinas e a dispositivos totalitários de discurso, de saber e de poder* (Campos, 1997). Para este autor a análise dos sujeitos matusiana é puramente determinista, pois *vê os sujeitos determinados, as personalidades como acúmulos e os sujeitos como possuídos*.

Registramos a concordância com as críticas acima descritas e ressaltamos sua importância no sentido de preencher algumas lacunas do enfoque matusiano.

Embora Matus admita que as genoestruturas têm origem na produção social, sendo portanto um produto dos atores sociais, e que estes podem produzir fluxos que alterem as fenoestruturas, que por sua vez podem alterar as regras, ao estabelecer uma relação de **determinação** da genoestrutura sobre a fenoestrutura e de **dominação** (mais fraca segundo o próprio autor) da última sobre a primeira, deixa pouca margem para pensarmos a mudança a partir dos sujeitos, no dia-a-dia.

Mesmo assim, é importante lembrar que Matus é um autor profundamente comprometido com a mudança (talvez dos mais comprometidos) e acreditamos que a sua Teoria ajuda a pensá-la, pois alude à necessidade de se considerar os diferentes planos de produção social e às possibilidades imediatas de se interferir em cada um deles. No entanto, acreditamos que não se pode depositar maior importância às regras do que naqueles capazes de produzi-las ou alterá-las: os sujeitos.

Neste sentido, nos aproximamos de Rivera (1995) e de Campos (1997), defendendo uma relação dialeticamente mais equilibrada entre regras e acumulações. Ou seja, deve-se olhar simultaneamente para as pessoas e para as estruturas (regras), buscando a mudança em ambos, mas partindo dos primeiros.

O Método PES

Fundamentado teoricamente, Matus vai em busca de elaborar um método de planejamento que vai operacionalizar os conceitos desenvolvidos anteriormente. Ele busca um instrumento que estaria à disposição do homem de ação e que lhe daria maior capacidade de governo. Em que pesem as críticas quanto à complexidade, o método PES tem sido amplamente utilizado e adaptado, tanto por movimentos sociais e partidos políticos quanto na área da saúde, principalmente em experiências de caráter inovador e mudancista, como relatadas por Cecílio (1997) em seu livro *Inventando a Mudança na Saúde*, onde em todas as experiências relatadas, da Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga à Santa Casa de Misericórdia do Pará, encontra-se como base metodológica o PES de Carlos Matus.

Apresentamos aqui os quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional, sem a pretensão de esgotá-los, mas sim de expor seus conteúdos básicos e características principais.

O momento explicativo – Corresponde ao diagnóstico do planejamento normativo. Aqui o ator que planeja realiza o levantamento dos problemas e explica-os. Utiliza-se, para fins operacionais, um fluxograma composto de uma rede de relações causais que vão das regras à produção dos fatos (de acordo com a Teoria da Produção

Social do autor).

O momento normativo – É o momento do desenho do plano, do “deve ser”. Definem-se as situação-objetivo como uma construção ativa do futuro; em seguida parte-se para a construção do programa de atividades, discriminando-as em operações e ações que possibilitarão a transição da situação inicial para a situação-objetivo.

O momento estratégico – É o momento do “pode ser”, ou seja, a análise e construção da viabilidade do plano. Parte-se fundamentalmente da análise de governabilidade dos diversos atores envolvidos, explicitando-se seus interesses, recursos de poder e motivações. A análise de viabilidade compreende três dimensões básicas: política, econômica e organizativa. Após a análise surgem algumas possibilidades com relação às várias operações e ações do plano, que vão desde a tentativa de superação das barreiras até a aceitação das restrições e o descarte de algumas ações. No entanto, o PES tende a privilegiar a construção de viabilidade, através de variadas estratégias (formas de se superar as restrições de poder), que podem ser do tipo negociação, cooptação ou conflito.

O momento tático operacional – Corresponde à gestão do plano, ou seja, à transformação do plano em realidade. Caracteriza-se pela mediação entre o conhecimento e a ação na conjuntura (Rivera, 1992). O que se discute nesse momento é um sistema de direção capaz de executar o que foi planejado ao mesmo tempo em que demanda por planejamento.

Matus desenvolveu nos últimos anos de sua vida, um esforço importantíssimo de enriquecimento deste momento do PES, construindo uma proposta de análise organizacional que fundamenta um modelo de Direção Estratégica, que correspondem, respectivamente, à Teoria das Macroorganizações e ao Triângulo de Ferro do jogo macroorganizacional.

1.2. A teoria das macroorganizações e o sistema de direção estratégica

[A Teoria das Macroorganizações] faz a crítica da teoria da organização, especialmente no que diz respeito à omissão das dimensões macroorganizacional e lingüística; define o caráter empírico-normativo da maioria de tais concepções e aponta a ausência de um corpo teórico sólido sobre as organizações e seu funcionamento. A partir dessa crítica, analisa as várias tentativas de construir uma ciência da organização que possa apoiar e operacionalizar técnicas de concepção dos modelos macroinstitucional, macroorganizacional e microorganizacional. Desta perspectiva, examina as contribuições tradicionais, assim como as novas concepções que surgem da teoria das conversações, da

cibernética e da teoria das macroorganizações. Trata-se de corpo teórico-chave para conceber o modelo macroorganizacional do aparato público, com base em novas regras que visem à sua eficiência e eficácia (Matus, 2000:89-90).

Para darmos conta de uma teoria organizacional desta dimensão, vamos dividir esta sessão em três partes que, consideramos, compõem a Teoria Macroorganizacional do PES: a análise macroorganizacional; as estratégias de mudança macroorganizacional e; o Sistema de Direção Estratégica.

A Análise Macroorganizacional

Conforme a noção de Macroorganização de Matus (vide introdução) podemos perceber que o autor está se referindo a um sistema onde coexistem várias organizações, no qual a característica básica está no fato de que ninguém possui autoridade absoluta sobre todas as organizações que integram tal sistema. O exemplo que o próprio autor traz de Macroorganização é o da “institucionalidade de um país”, pois todas as organizações nele existentes respondem a diferentes autoridades. Outro exemplo, já trazido por nós, diz respeito a um sistema regional de saúde, onde estão presentes várias outras macroorganizações (coordenadorias regionais, secretarias municipais) e microorganizações (hospitais, ambulatórios), e onde nenhuma tem autoridade absoluta sobre as demais organizações. Assim, uma Secretaria Regional de Saúde, embora seja o órgão gestor do sistema, não detém poder total para influenciar os serviços de saúde de determinado município, pois lá também reside outra organização (secretaria municipal de saúde) também responsável pela gestão da saúde em seu território.

Em uma Macroorganização prevalecem relações paralelas de coordenação:

Denominamos ‘relações paralelas’ ou de interação, aquelas pelas quais os jogadores coexistem e competem em um jogo sujeito a regras. As relações paralelas podem ser relações de igualdade ou desigualdade, mas nunca relações de dependência hierárquica. Nas relações paralelas só é exigida obediência às regras do jogo (Matus, 2000:346).

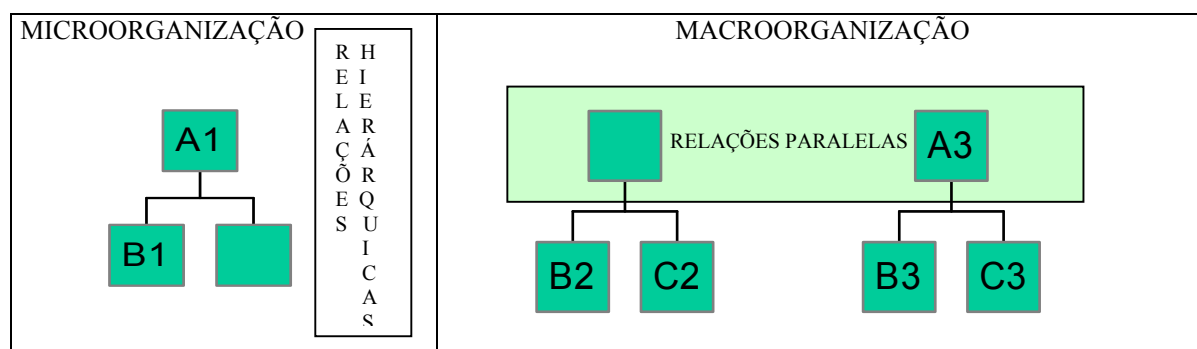
Portanto, as fronteiras de uma Macroorganização não são bem definidas. Não se diferencia exatamente onde inicia a autoridade de um e termina a de outro jogador. O ingresso numa Macroorganização não se dá formalmente (através de formalidades), mas sim pela via da competição e luta no jogo macroorganizacional. Matus dá o exemplo de um partido político, o qual somente entra em cena com maior

força através da luta e competição no plano político, que lhe permita acumular algum poder.

Ao contrário, as Microorganizações são caracterizadas pelas relações hierárquicas de coordenação, as quais são relações de dependência e que impõem obediência. A coordenação se dá pela capacidade de emitir ordens, diretrizes, por parte da autoridade maior e pela disposição em atendê-las por parte dos subordinados. Além disso, uma Microorganização caracteriza-se ainda pela clara definição dos limites (fronteiras) organizacionais e pelas formalidades para se ingressar e submissão às relações hierárquicas.

A figura 1 ajuda a compreender melhor a distinção entre micro e macroorganizações:

Figura 1 – Diferenças fundamentais entre uma Microorganização e uma Macroorganização.



Fonte: Matus, C. *Adeus Senhor Presidente: Governantes Governados*. São Paulo:Fundap.1996. p. 347.

Outro conceito importante para se compreender a Teoria das Macroorganizações é o de **Alta Direção**.

Denominamos coordenação de alta direção àquela que se realiza na cúpula das organizações participantes do jogo macroorganizacional, e caracteriza-se por ser criadora de diretrizes para o nível gerencial, por se auto-impor os grandes objetivos e por conduzir a estratégia de convivência com as outras organizações participantes do jogo macroorganizacional (Matus, 1996:346).

Neste sentido, no sistema de saúde brasileiro consideramos como Alta Direção o Ministério da Saúde. Também podemos fazer alguns “cortes”. Assim, se considerarmos uma unidade da federação, a Alta Direção será representada pela Secretaria de Estado de Saúde.

No que diz respeito à dinâmica de funcionamento das Macroorganizações, Carlos Matus aplica àquelas a sua Teoria da Produção Social, anteriormente descrita e discutida. A Teoria da Produção Social aplicada ao interior das Macroorganizações, significa a compreensão daquela como um sistema social, que pressupõe a presença de diversos atores com interesses e motivações variadas e que não apenas estabelecem relações de cooperação mas também de conflito. Além disso, concordamos com Silva (1994), que considera que esta abordagem apresenta uma visão ampliada de sistema produtivo quando aplicada às organizações, onde seriam produzidos, além de bens e serviços de caráter econômico, valores, ideologias e tecnologias.

A produção social no âmbito das Macroorganizações se dá, portanto, em três planos (como na Teoria da Produção Social): regras, acumulações e fluxos de produção.

Os componentes básicos (**regras**) da Macroorganização seriam, portanto, a direcionalidade, a departamentalização, a governabilidade e a responsabilidade.

Direcionalidade – Diz respeito à missão da Macroorganização, às funções que deve cumprir para dar resposta e satisfazer às necessidades sociais, atuais ou potenciais. Matus (1994) recorda que embora qualquer organização nasça para satisfazer uma demanda social externa, não é pouco freqüente que elas envelheçam servindo a si mesmas, relegando a um segundo plano sua missão principal. Pode-se conceber as organizações, com base nesta regra, como adequadas ou inadequadas (em dois tipos ideais), dependendo de ela satisfazer ou não àquela demanda. ... *essas regras definem precisamente a correspondência formal entre compromissos de oferta de ação institucional e as necessidades e demandas do sistema social em uma situação concreta* (Matus, 1996:342-343).

Departamentalização – Equivale à forma organizacional que toma a organização para melhor desempenhar suas funções e garantir a consecução de sua missão. Assim, constituem-se as várias estruturas organizativas no interior da Macroorganização. Estas regras definem a correspondência entre as estruturas e a missão organizacional, e classificam a organização como redundante ou anti-redundante, de acordo com a sua capacidade de dar resposta às demandas do jogo, de acordo com a missão.

Governabilidade – Esta regra exprime-se na forma de distribuição das capacidades de tomar decisão pelo interior da organização, o que está intimamente relacionado com a distribuição do poder. Estas regras definem o grau de centralização ou descentralização do sistema macroorganizacional. Matus ressalta os malefícios

resultantes da centralização do poder, que acarretam ineficácia e ineficiência.

O poder de decisão concentrado mata a criatividade e a capacidade de resposta oportuna do sistema ante as mudanças da realidade e as oportunidades, e enfatiza as relações hierárquicas de dependência, ao passo que a distribuição de poder enfatiza as relações de coordenação. A governabilidade concentrada acumula na cúpula inumeráveis problemas de baixo valor nesse nível, mas de alto valor na base (Matus, 1996:342).

Portanto, Matus apregoa a necessidade de se distribuir o poder, para permitir que todos os níveis da organização trabalhem somente com problemas de alto valor, dando respostas rápidas e criativas. Conforme a autonomia e liberdade de ação das organizações que compõem o jogo macroorganizacional, as organizações podem ser classificadas em dois casos extremos: centralizadas ou descentralizadas.

O princípio de descentralização do PES diz que *nenhum problema quase-estruturado deve ser processado em um nível no qual vá receber um tratamento rotineiro. Todos os problemas devem ser tratados criativamente...* (Matus, 1996:356). Assim, cada nível organizacional deve ser capaz de trabalhar com problemas de alto valor, ou seja, deve ter governabilidade sobre eles. Um outro princípio complementa o primeiro, e dissipa a possibilidade de uma autonomização ingênua, que pode levar à atomização e desintegração na Macroorganização: o princípio da centralização.

Se um problema quase-estruturado pode ser dissolvido eficazmente em um espaço maior ou mais amplo, não deve ser processado no espaço original, e sim ascender até encontrar o nível mais centralizado que o possa abordar com maior criatividade, visão de conjunto, responsabilidade e controle das variáveis (Matus, 1996:356).

Responsabilidade – Esta regra tem centralidade na abordagem matusiana, e é destacada, invariavelmente, por todos os autores que discutem a sua obra. Ela estabelece a distribuição de responsabilidades e/ou compromissos pelo interior da organização e, principalmente, a forma pela qual é exigido o cumprimento dos compromissos assumidos. Define a organização como de alta ou baixa responsabilidade. Embora todas as regras sejam interdependentes, para Matus esta última é a que apresenta maior determinação sobre as demais. Seu princípio da responsabilidade e criatividade expressam isso. Somente há planejamento em organizações onde predominem regras de alta responsabilidade. O autor refere que pode-se falar em uma organização de alta responsabilidade quando ninguém está isento de pedir ou prestar

contas sobre seu desempenho. Para Matus a responsabilidade obriga à criatividade e esta obriga à descentralização.

As regras acima descritas se expressam, no nível das **acumulações** (ver Teoria da Produção Social), em um sistema organizativo que acarreta um determinado **fluxo de produção** (atos de fala, operações, produtos organizacionais, etc). As regras de direcionalidade articulariam um sistema de agenda do dirigente; as regras de departamentalização e governabilidade um sistema de gerência por operações e; as regras de responsabilidade um sistema de petição e prestação de contas. Estes três sistemas compõem o Sistema de Direção Estratégica da Teoria Macroorganizacional do PES, expresso em um Triângulo de Ferro, que será discutido adiante.

Matus dá ênfase também ao caráter comunicativo das organizações, buscando na Teoria das Conversações, disciplina que examina contribuições da filosofia da linguagem e o conceito de ato de fala para analisar e compreender os processos organizacionais. Em um de seus trabalhos, denominado “El Método PES. Reingeniería Pública y La Teoría de Las Conversaciones, trabas y problemas”, baseia-se na teoria das conversações para fazer uma análise da organização como um sistema de conversações que, ao mesmo tempo, constituem-se e desencadeiam ações, analisando as implicações dessa teoria para a gestão e planejamento das organizações públicas.

As Estratégias de Mudança Macroorganizacional

Na concepção matusiana, reformar as instituições públicas Latino-americanas exigiria repensar seus fluxos (produtos), de maneira a torná-los mais adequados às necessidades sociais, estimar as deficiências de suas acumulações (seu Sistema de Direção Estratégica) em relação aos novos fluxos e verificar a necessidade de mudar as regras organizacionais, tornando-as mais adequadas às acumulações requeridas.

Matus (1994, 1996) identifica duas possibilidades mais concretas de se proceder uma reforma organizacional. A primeira implicaria em se reformar gradativamente cada sistema componente da organização, um de cada vez (reforma horizontal); a segunda pressupõe a reforma simultânea de todos os sistemas de cada organização (reforma vertical). Sua opção se dá pela segunda alternativa, o que significa uma perspectiva de transformação globalizante, total e radical. A justificativa está no fato de que uma mudança gradual, sistema por sistema, enfrenta sempre grande resistência à mudança, pois à medida em que se vai reformulando um, os demais vão criando mecanismos de defesa contra tal processo e, ao mesmo tempo, quando se passa

de um sistema reformado para outro, existe a tendência de o primeiro retroagir ao estado inicial, uma vez que vai entrando em conflito com os sistemas ainda não reformados.

O autor tenta fugir das propostas medíocres de reformas administrativas, chamando a atenção para a existência de relação entre estruturas mentais (cultura organizacional), práticas de trabalho e, formas organizacionais. As reformas administrativas corriqueiras tendem a centrarem-se sobre a última. Porém, Matus lembra que uma organização somente justifica-se pelas suas práticas de trabalho e pelos produtos delas resultantes. Desta forma, uma organização pode: *a) mudar suas práticas de trabalho sem alterar suas formas organizacionais ou b) mudar suas formas organizacionais, mantendo inalteradas suas antigas práticas de trabalho* (Matus, 1996:344).

Para Matus, é a cultura organizacional a determinante das práticas de trabalho. As formas organizacionais, embora também condicionem as práticas, têm uma capacidade muito menor de influência que as estruturas mentais. Seu princípio de subordinação da forma organizacional às práticas de trabalho é assim enunciada:

A organização real impõe-se à organização formal, porque a primeira apóia-se em práticas de trabalho arraigadas. Se quisermos reformar uma organização, não devemos começar pelas conseqüências, já que em toda organização vigora o seguinte processo causal : estruturas mentais → práticas de trabalho → estruturas organizacionais (Matus, 1996:344).

A proposta de reforma organizacional da Teoria das Macroorganizações pretende gerar mudança no nível das estruturas mentais e das práticas de trabalho. Por isso, o sucesso desta reforma vai depender de como irá atuar o Sistema de Direção Estratégica, de acordo com as regras, na busca deste objetivo.

Sistema de Direção Estratégica

Como referimos anteriormente, as regras do jogo macroorganizacional se expressam num Sistema de Direção Estratégica, compondo um Triângulo de Ferro formado por: um **Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente**; um **Sistema de Gerência por Operações** e; um **Sistema de Petição e Prestação de Contas** (figura 2).

Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente – A agenda do dirigente administra dois dos recursos mais críticos: tempo e foco de atenção. Segundo Matus, os dirigentes gastariam muito tempo com atividades que não são tão importantes

para a consecução da missão, acumulando em sua agenda problemas de baixo valor neste nível mas de alto valor nos níveis inferiores. *Cuando una organización está dominada por pequeños problemas, no puede pensar en los grandes. Todos, directivos e subordinados, terminan abrumados de menudencias sin sentido. Y como nada funciona bien se termina centralizando todo mientras se habla de descentralización* (Matus, 1994:7).

Por isso, a **agenda do dirigente deve focar as questões importantes e estar sempre apoiada pelo plano**. Caso contrário, prevalecem a improvisação e a centralização. Assim, a racionalização da agenda do dirigente é um estímulo indireto para a descentralização. Segundo Matus, devido às variadas pressões que o dirigente sofre em sua gestão, existiria uma tendência de sua parte a esquecer o planejamento, tendo em vista que precisa, em boa parte do tempo, dar respostas imediatas sobre problemas que não são bem conhecidos.

Os problemas com menor chance de entrar para sua agenda seriam justamente aqueles que tem o potencial de apresentar maior importância: os que consomem muito tempo, são aparentemente adiáveis e não urgentes, não emitem sinais ruidosos, ou seja, não representam uma ameaça imediata, são complexos e parecem inevitáveis, dão a impressão de que há pouca competência para tratá-los, exigem inovação e risco (Matus, 1996).

O autor reconhece, no entanto, a dificuldade de se definir o que é e o que não é importante para entrar na agenda. Sugere que se precise qualitativamente o uso do tempo do dirigente através da seguinte pergunta: *Qual é a proporção de problemas importantes que chegaram à agenda que já vem com um processamento tecnopolítico adequado?* Podemos perceber, portanto, que o processamento tecnopolítico dos problemas, antes de chegarem à agenda do dirigente, é fundamental. Assim, dois outros sistemas que se articulam à agenda são importantes: o entorno do dirigente e o sistema de processamento tecnopolítico.

Aqueles que estão ao redor do dirigente desempenham papel importante na racionalização de seu tempo. Para Matus, não basta a presença de uma assessoria especializada, é necessária uma Unidade de Processamento Tecnopolítico. Esta desempenharia as seguintes funções: trabalhar como um filtro de qualidade para os problemas que ascendem na organização, mediando os extremos do politicismo e do tecnocratismo, defendendo os casos importantes em detrimento dos urgentes; deve realizar uma síntese desses problemas e facilitar a interação entre os dirigente e os assessores; manter uma apreciação ao mesmo tempo sintética e global da situação da

organização; lembrar constantemente o governante das características projetadas para o seu final de governo⁵; colaborar com o dirigente para a preparação e implementação de um sistema de petição e prestação de contas por desempenho.

Sistema de Petição e Prestação de Contas – Este sistema é, segundo o próprio Matus, a chave do Triângulo de Ferro. Tem por objetivo tornar efetiva a responsabilidade de todos no interior da Macroorganização sobre os compromissos declarados ou assumidos no plano. Retomando o princípio da responsabilidade e criatividade, que diz que *uma instituição está sujeita a regras de alta responsabilidade se nela ninguém está isento de pedir e prestar conta de forma sistemática sobre seu desempenho real em relação aos compromissos assumidos*, Rivera chama a atenção para o fato de que tal definição deixa transparecer que o processo de petição e prestação de contas se estabelece a partir de compromissos assumidos, o que supõe a plena participação de todos na definição deste processo de adoção de compromissos.

A eficácia desse sistema depende: de que as contas sejam prestadas publicamente ou sejam difundidas até a população; que a prestação de contas seja sistemática e não casual e que *a informação considerada relevante e os critérios para sua avaliação sejam estabelecidos e conhecidos por todos antes da prestação de contas* (Matus, 1996:338), o que reforça a assertiva colocada por Rivera de que este processo se daria de modo participativo; que as contas se refiram a resultados sobre os problemas, realização de operações, eficiência, eficácia, enfim sobre compromissos concretos, passíveis de avaliação; baseadas em um bom sistema de monitoramento; que se constituam num método de avaliação pessoal e institucional; que esta avaliação implique em prêmios e punições legitimadas pela sociedade ou pela organização; que as contas não se limitem a questões financeiras ou orçamentárias; que todos os encarregados de cobrar pelo desempenho também estejam sob cobrança.

A adoção de compromissos e a necessidade de se prestar contas sobre os mesmos abriria espaço, segundo a concepção da Teoria Macroorganizacional, para o planejamento criativo, ou seja, operaria como indutor de demanda por planejamento. Portanto, há nesta concepção uma relação direta entre responsabilidade e planejamento.

Sistema de Gerência por Operações – Este sistema apresenta e discute questões teóricas e metodológicas da gestão pública por objetivos. Porém, dá uma

⁵ Aqui pode-se perceber como de fato Matus está visualizando uma macroorganização governamental, e seu sistema de direção é projetado para organizações desta natureza.

conotação particular de uma administração por operações, articulada aos módulos de planejamento e de orçamento por programa (Matus, 2000). Neste sistema, Matus dá ênfase na questão da criatividade, propugnando um modelo de gerência que permita que todos trabalhem com problemas que tenham alto valor, para que os mesmos não tenham um tratamento rotineiro e, portanto, ineficaz. Matus (1996:339) sentencia: *Sem descentralização também não é possível a gerência criativa*. Considera-se, portanto, os dois princípios anteriormente descritos: o princípio da descentralização e o princípio da centralização. Este sistema seria composto de um sistema de competências internas; um sistema de regulação e alocação de recursos por módulos de planejamento, em oposição aos orçamentos tradicionais; por sistemas de coordenação e de informação; pelas instâncias de governo em cada nível e pelas metodologias de planejamento utilizadas.

Por fim, podemos dizer que este sistema constitui-se numa proposta de gerência descentralizada que aposta no planejamento e no processamento de problemas de alto valor em todos os âmbitos de uma Macroorganização.

Figura 2 – Triângulo de Ferro da Teoria Macroorganizacional



Fonte: Matus. C. *Adeus Senhor Presidente. Governantes Governados*. São Paulo: Fundap, 1996.

I.3. As diferentes visões sobre a teoria organizacional do PES e sobre o seu modelo de direção estratégica

Como já referimos anteriormente, a obra de Carlos Matus tem influenciado o pensamento sobre planejamento em saúde no Brasil. O método PES tem sido utilizado em várias experiências, na busca de maior racionalidade no processo de intervenção sobre a realidade. Ao mesmo tempo, a visão específica de Matus sobre as organizações e o modelo de Direção Estratégica resultante tem sido objeto de análise e discussão de diversos autores (Artman, 1993; Silva, 1994; Lima, 1994, 1994b, 1996; Cecílio, 1994, 1997; Rivera, 1995, 1996, 1999).

Destes, consideramos, no âmbito deste trabalho, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Sheila Maria Lemos Lima e Francisco Javier Uribe Rivera, como alguns dos mais importantes autores preocupados em pensar e propor modelos de gestão mais descentralizados, democráticos e eficientes para os serviços públicos de saúde no Brasil e que, ao mesmo tempo, tematizam e se utilizam de modo mais pragmático do modelo matusiano de Direção Estratégica. Por isso pretendemos explorar nesta sessão as concepções que aqueles autores possuem sobre as teorias organizacionais e o modo como cada um vê, explica e utiliza a Teoria Organizacional do PES.

Sheila Maria Lemos Lima (1994a, 1994b, 1996)

Baseada em vários autores como Richard Daft, Jay R. Galbraith, Richard Scott, Lima (1994b, 1996) considera como elementos constituintes de qualquer organização os **objetivos**; a **estrutura**, que inclui a divisão e a coordenação do trabalho; a **tecnologia**, compreendida enquanto processo de trabalho; as **pessoas** e; o **ambiente**, com o qual a organização estabelece relações das mais variadas formas.

Para a autora, cada teoria sobre a organização representa um determinado e específico olhar sobre a mesma. As teorias seriam, então, diferentes explicações sobre o funcionamento organizacional, que enfatizariam alguns daqueles elementos, em detrimento de outros, como a dimensão problemática da organização.

[As teorias organizacionais] são lógicas distintas que se apresentam como parcialmente conflitivas, complementares e sobrepostas. Há entre elas permanente tensão e diálogo e neste sentido não devem ser compreendidas como verdadeiras ou falsas, já que uma não substitui a outra e nem a exclui. São ênfases diferentes sobre as diversas facetas organizacionais e aí reside sua potencialidade explicativa (Lima, 1996:104).

Ao enfatizar este ou aquele elemento constitutivo da organização, cada teoria elabora uma explicação sobre as causas do funcionamento adequado ou inadequado da organização, ao mesmo tempo formula um conjunto de “soluções”, que expressam uma maneira de gerenciar a organização.

Segundo Motta (1996), que tem grande influência sobre a autora da qual tratamos nesta sessão, os diferentes modos de explicar a organização levantam aspectos importantes que irão embasar a ação, resultando em diferentes modelos gerenciais.

Em sua dissertação de mestrado, onde aborda o problema da definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde, Lima (1994a) agrupa os diferentes modos de ver e explicar as organizações em quatro “perspectivas”.

As quatro perspectivas classificadas pela autora têm por base as formulações de Morgan (1996), e estão assim definidas: a perspectiva racional; a perspectiva natural; a perspectiva política e; a perspectiva múltipla.

A Perspectiva Racional

Estão incluídas nessa perspectiva as contribuições da Administração Científica de Taylor, Abordagem Anatômica de Fayol e a Teoria da Escolha Racional de Simon. Nesta perspectiva maior ênfase é dada aos objetivos e à estrutura. A organização é vista como uma máquina, onde as diferentes peças funcionando interligadas garantem um produto final correspondente ao objetivo. Prevalece uma racionalidade instrumental da organização.

Com relação aos objetivos, tal perspectiva dá ênfase à especificação sistemática dos mesmos, definindo-os minuciosamente, dando-lhes concretude, em oposição às formulações genéricas, tão comuns em nosso meio: “Melhorar o nível de saúde da população mediante atendimento de qualidade”.

Assim, aludindo a Simon, Lima (1994b, 1996) lembra que os objetivos mais gerais devem ser desagregados nas atividades necessárias para seu alcance. Dá-se, então, ênfase à elaboração de objetivos mais operacionais e mensuráveis, a partir dos quais seja possível realizar algum tipo de avaliação sistemática.

Quanto à estrutura organizacional, tanto a abordagem de Taylor quanto de Fayol, buscam a simplificação do trabalho, com vistas a possibilitar sua padronização e, conseqüentemente, maior controle. O trabalho é dividido, decomposto e fragmentado, e a sua coordenação se dá de modo rígido, centralizado, obedecendo a uma cadeia hierárquica altamente formalizada. Há nítida separação entre os que pensam e os que

executam o trabalho.

Segundo Morgan (1996) vários dos instrumentos gerenciais largamente utilizados hoje em dia, como os Planejamento, Programação e Orçamentação e a Administração por Objetivos, derivam desta perspectiva.

A Perspectiva Natural

Esta inclui a Escola de Relações Humanas e Comportamental e a Teoria Sistêmica Contingencial. A ênfase está colocada sobre as pessoas, a tecnologia e o ambiente, vistos a partir de uma visão sistêmica (Lima, 1996).

Em termos de metáfora, a organização é vista como um organismo vivo, composto por vários subsistemas e inserido em um sistema maior, o ambiente. Passam a ser vistas não somente como constituídas de relações formais previamente estabelecidas em organogramas, mas também como reduto de relações informais não previstas. As pessoas passam a ser vistas não mais como peças adaptáveis, mas como seres complexos e possuidores de necessidades. Percebe-se então que tais necessidades afetam o funcionamento da organização e que, portanto, devem ser satisfeitas (Lima, 1996).

Busca-se, a partir dessa constatação, uma maior integração entre as necessidades individuais e organizacionais. A motivação entra em cena, buscando mobilizar os indivíduos a se engajarem à missão da organização, através de estímulos à criatividade, à inovação e ao auto-controle.

Esta perspectiva chama a atenção também pela visão sistêmica que a perpassa, pela importância das relações de troca estabelecidas entre seus subsistemas internos e entre estes e o sistema externo (ambiente).

A visão sistêmica é vista como importante pela autora, pois permitiria uma análise mais detalhada do ambiente e do processo de trabalho organizacional, os quais condicionam o seu funcionamento e a forma de gerenciar e organizar o trabalho.

Assim, diferentes ambientes e estruturas tecnológicas exigiriam de cada organização diferentes formas de gerenciar e organizar o trabalho. Ambientes complexos, instáveis, que exigem grande número de interligações com outras organizações, e de maior incerteza, aliados a tecnologias complexas, incertas, de elevada interdependência e com alto grau de imprevisibilidade, exigiriam formas de gerenciar mais “orgânicas”, ou seja, mais flexíveis, com achatamento dos níveis hierárquicos, com poucas regras, mais informais, mais descentralizadas, baseadas em intensa comunicação lateral, departamentalização por produto e com mecanismos mais

sofisticados de integração e coordenação. Da mesma forma, ambientes e estruturas tecnológicas com características opostas às anteriormente descritas permitiriam uma forma mais “mecânica” de gerenciar e estruturar o trabalho, com mais rigidez, mais níveis hierárquicos, maior formalidade nas relações, centralização, comunicação vertical, etc. (Lima, 1996).

Esta é a essência da Teoria Contingencialista, que diz que não há uma melhor maneira de se administrar, tudo irá depender das características de cada organização.

A Perspectiva Política

Esta perspectiva trabalha com autores como Richard Scott, Henry Mintzberg e Morgan. Para este último (1996), autor em que Lima se baseia amplamente, nesta perspectiva os interesses, os conflitos e o poder são os elementos centrais para se compreender as organizações. Nestas coexistem diferentes interesses e os indivíduos e grupos estão motivados a satisfazê-los. Ora, se existem diferentes interesses, estes serão, em boa parte das vezes, divergentes, tendo em vista a grande variedade de indivíduos que uma organização comporta. Assim, uma consequência natural seria o surgimento de conflitos. A organização não seria somente um sistema cooperativo, mas também conflitivo.

Os diferentes indivíduos possuem diferentes capacidades de influência, resultante do grau de controle sobre recursos. Consequentemente existem diferenças de poder nas organizações.

Aludindo a Perrow e sua importante contribuição para o estudo dos objetivos organizacionais, Lima (1994b) lembra da distinção entre objetivos oficiais e operacionais, onde os primeiros referem-se ao que é estabelecido formalmente nos papéis e planos, e os últimos dizem respeito ao que realmente a organização está fazendo ou tentando fazer. O que a organização realmente faz, nesta perspectiva, é o que o “grupo dominante” impõe. São os seus objetivos que prevalecem. Mas a autora cita também Giorgiou, que relativiza o poder do grupo dominante, bem como Richard Cyert e James March Todos trabalham com a noção de coalizões na organização.

A organização constitui-se em múltiplos centros de poder. É a expressão e o resultado das relações entre as diferentes coalizões existentes, entendidas como diversos grupos de indivíduos que compartilham certos interesses ou determinados objetivos e lutam para prevalecer na organização (Lima, 1994b:51).

Outros dois autores são incorporados por Lima (1994, 1994b, 1996) dentro desta perspectiva, Bacharach e Lawer. Segundo eles, existiriam três grupos críticos na organização: os grupos de trabalho, constituídos a partir da divisão do trabalho e da hierarquia organizacional; os grupos de interesses, que possuiriam consciência da coincidência de objetivos e; as coalizões, que são *grupos de interesse voltados para um objetivo comum* (Lima, 1994b:53). Os rumos da organização são dados de acordo com a capacidade de influência que cada coalizão é capaz de impor na disputa pelo poder.

Nesta perspectiva o funcionamento não adequado da organização reside na desconsideração das características das relações de poder internos e externos da potencialidade dos conflitos e da diversidade de interesses. Gerenciar é, portanto, estar atento a estas dimensões, em particular, buscar estabelecer mecanismos que possibilitem a participação e a negociação dos interesses existentes, que viabilizem o estabelecimento de compromissos, propiciando assim, a acumulação de forças externas e interesses necessários à implementação de decisões (Lima, 1996:119).

O pressuposto de que parte Lima em todos os trabalhos citados até aqui, no que se refere às teorias organizacionais, é de que nenhuma das contribuições teóricas descritas por ela e acima sintetizadas, dá conta de explicar a totalidade e a complexidade organizacional. Para ela, perde-se a essência da organização quando se focaliza apenas um de seus aspectos (Lima, 1996: 104).

No entanto, Lima não dispensa as contribuições dadas pela Teoria Organizacional. Pelo contrário, busca explorar as potencialidades de cada escola, ressaltando seus aspectos positivos e as suas possíveis aplicações. Seu objeto de estudo são os hospitais públicos principalmente, e a autora apregoa a necessidade de *lançar mão de múltiplas percepções da realidade para tentar compreender as organizações hospitalares na sua totalidade possível ...* (Lima, 1996: 104). No entanto, a autora mantém sua posição com relação a todas as organizações, não somente as hospitalares.

Assim sendo, a autora toma as teorias organizacionais como importantes ferramentas de análise e de intervenção sobre a conjuntura organizacional. Para tanto se utiliza de autores que, segundo ela, possuem uma visão mais totalizante, que abarca todas as demais perspectivas, agrupando-os no que denomina uma perspectiva integradora (múltipla). Dentro desta perspectiva a autora cita Scott (1981), Campos (1981, 1990), Astley e Van de Ven (1983), Mintzberg (1989), Prestes Motta (1990), Motta (1991), Morgan (1991), Matus (1991) e Rivera (1995).

Dentre estes autores Lima (1996) ressalta Carlos Matus, que inclusive serve como referencial teórico para algumas análises que a autora faz sobre o contrato de gestão.

A autora estabelece uma relação entre as regras do jogo organizacional de Matus e os elementos que constituem a organização. Assim, a direcionalidade corresponde aos objetivos; a responsabilidade diz respeito à prestação de contas sobre o alcance dos objetivos; a governabilidade corresponde ao sistema de poder e; a departamentalização guarda relação com a estrutura e o processo de trabalho.

Para Lima (1996), concordando com Matus (1996), a qualidade e a interação existente entre as regras do jogo organizacional se traduzem na qualidade do funcionamento de um sistema microorganizacional e de seu sistema de gestão, sendo que tal modelo também se aplica a um sistema macroorganizacional, o sistema maior onde a organização se insere.

Ao contrário, a leitura que fazemos neste trabalho sobre a Teoria matusiana, segue um caminho inverso, ou seja, na verdade, para nós, Matus (1997) ao formular a Teoria das Macroorganizações está pensando, como a própria denominação indica, em um sistema “macro”, como um país, um sistema governamental de um país, sendo que o seu modelo pode ser aplicado em uma Microorganização, como vem sendo feito não só por Lima (1996), mas por outros vários autores, como se verá adiante.

Vários são os trechos da obra de Matus em que se pode verificar a afirmação feita acima. Por exemplo: *Um sistema organizacional, ou Macroorganização, é caracterizado pelas seguintes regras e elementos...* (Matus, 1996:341), ou *Em cada departamento do sistema macroorganizacional estabelece-se uma relação muito precisa entre: estruturas mentais (cultura organizacional); práticas de trabalho; e formas organizacionais* (Matus, 1996:343). Os exemplos de que se utiliza Matus também se referem a macroorganizações ... *A cobrança e prestação de contas (sistema 8) por problemas e resultados exigem que o Congresso Nacional cobre sistematicamente do Presidente da República contas por seu desempenho ...* (Matus, 1996:353).

Mas lembramos que tais constatações não anulam a aplicabilidade do modelo de análise matusiano e de sua proposta de direção no nível microorganizacional, queremos apenas chamar a atenção para o fato que algumas das críticas feitas à sua proposta (vistas adiante) decorrem desta diferença de objeto.

Retomando a discussão que Lima (1996) faz sobre a formulação de Matus, a autora ressalta a sua importância enquanto um modelo de análise quando se utiliza das

“regras” para explicar a situação vigente nas organizações públicas de saúde *As regras que governam o setor saúde, em particular no interior da administração pública, são inadequadas, interferindo diretamente nas de cada “sistema microorganizativo”*. Além disso, o Sistema de Direção Estratégica do PES ainda ajudaria a pensar a mudança: *ajuda também a pensar que a modificação das regras do sistema maior pode ser influenciada pelas próprias organizações integrantes deste sistema* (Lima, 1996:122).

A visão de Matus sobre as organizações engloba tanto a perspectiva racional, quanto a natural e política. A visão racional expressa-se, segundo Lima (1996) nas regras de direcionalidade, departamentalização e responsabilidade; a perspectiva política é evidenciada nas regras de governabilidade e na alusão à metáfora do jogo e, por fim; a perspectiva natural se traduz na sua visão sistêmica de inter-relação entre os subsistemas que compõem o Triângulo de Ferro e entre estes e o ambiente. Tal compreensão de Matus sobre organizações é, para Lima (1996), bastante adequada tanto para análise quanto para a intervenção eficaz e eficiente nas organizações em geral e em especial nas organizações de saúde.

Por fim, em seu artigo que trata sobre a questão dos contratos de gestão, embora coloque mais questões do que conclusões definitivas, Lima (1996) faz alguns apontamentos aproximando este instrumento das discussões de Matus. Assim, a autora julga que o contrato de gestão pode vir a ser um instrumento capaz de influenciar as regras de responsabilidade das organizações públicas de saúde, através de um sistema de petição e prestação de contas, e de influenciar a governabilidade através da garantia de maior autonomia para a base.

Resumindo, Sheila Lima se utiliza amplamente das formulações feitas por Matus (1996) sobre as organizações e sobre um Sistema de Direção Estratégica. Tal uso se dá principalmente enquanto um modelo para análise de organizações, reconhecendo também o seu potencial de aplicabilidade, através do modelo de gestão proposto pelo autor. Lima (1996) identifica a necessidade de visões mais integradoras das organizações, que abordem seus diferentes elementos e aspectos, capazes de criar modelos gerenciais que dêem conta da totalidade organizacional, e encontra em Matus um autor com esta capacidade.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Tem tido destaque no cenário nacional, no que diz respeito ao esforço para construir modelos de gestão democráticos e descentralizados, adequados à construção do SUS, o grupo de “profissionais-acadêmicos” ligados ao Laboratório de Planejamento

e Administração (LAPA) da UNICAMP em Campinas/SP. Autores como Campos (1998, 2000), Cecílio (1994, 1997) e Merhy (1995) têm acumulado experiências de consultoria, pesquisa e de gestão “real”⁶, com a aplicação de vários enfoques, desde o Planejamento Estratégico Situacional até a Qualidade Total, trabalhando com a idéia de “caixa de ferramentas”, em busca de uma gestão democrática para o setor público.

Dentre os citados, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio é o autor que dialoga de maneira mais pragmática e explícita com a obra de Carlos Matus, aplicando, criticando, revisando e adaptando o seu método em várias experiências, desde o 5º Departamento Regional de Saúde de Campinas até a Santa Casa do Pará.

No capítulo 6 do livro *Inventando a Mudança na Saúde*, organizado por Cecílio (1997), apresenta, com poucas modificações, um capítulo de sua tese de doutoramento (1994) onde está contido o resultado de uma *investigação sistemática de uma determinada produção teórica* que ilumina as discussões feitas pelo autor sobre a questão da gestão do setor público de saúde, bem como as experiências relatadas no decorrer do livro.

No que diz respeito especificamente à gestão, o autor assume, segundo suas próprias palavras, a utilização de fontes secundárias que tratam de Teoria Organizacional, ou seja, leitura de outros autores. Selecionou autores que realizam uma análise sociológica das organizações, dentre os quais pode-se citar: Carlos Bertero, Fernando Prestes Motta, Maurício Tragtemberg e Guerreiro Ramos. Realiza, segundo ele próprio, uma espécie de “colagem” com o material que considera mais importante.

A Administração Científica de Taylor é vista pelo autor, utilizando-se das palavras de Prestes Motta, como a expressão da apropriação dos conhecimentos e práticas de trabalho, outrora em mãos dos trabalhadores, pelos capitalistas. Traz à tona todos os aspectos já exaustivamente criticados do Taylorismo: a separação entre os que pensam e os que executam o trabalho, a expropriação do corpo do trabalhador, a desumanização do trabalho, etc. da Escola Clássica de Fayol é destacada a decisão monocrática e burocrática, o fluxo vertical de comunicação e a hierarquia rígida.

A Teoria Sistêmica e Contingencial são vistas como um avanço em relação ao funcionalismo estrutural de Parsons, que vê as organizações como *cumpridoras de tarefas socialmente estabelecidas e legitimadoras em função do processo de divisão do trabalho, como legitimadoras da ordem social, no sentido de desempenharem funções para manter e operar o sistema social* (Cecílio, 1997:286). O avanço da Teoria

⁶ Gastão Wagner de Sousa Campos foi Secretário Municipal de Saúde do município de Campinas e atualmente é Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

Sistêmica se dá no sentido de se compreender as organizações como sistemas abertos e que estabelecem contínuas relações de troca com o ambiente, o que é, para Cecílio, mais adequado para se trabalhar a mudança.

No entanto, baseando-se em Bertero e Prestes Motta, o autor realiza sérias críticas ao modelo: a Teoria Sistêmica teria contribuído mais para a análise das relações organização/meio ambiente do que para a análise do que ocorre no seu próprio interior; representaria uma “dominação escamoteada pela idéia de integração”; não tematizaria o conflito, em virtude da idealização da harmonia. Embora represente um avanço, segundo Cecílio (1997), não se diferencia tanto do funcionalismo parsoniano, pois, assim como este, a Teoria Sistêmica apresenta uma visão evolutiva do sistema social e toma emprestado modelos da biologia e da mecânica.

No que diz respeito à Escola de Relações Humanas e Comportamental, Cecílio (1997:288) acredita que estas disciplinas se desenvolveram apenas no sentido de *psicologizar todas as questões presentes no dia a dia das organizações, às custas de uma desvalorização de fatores como estrutura, conflito capital trabalho e poder*. Estariam, portanto, a serviço dos capitalistas, buscando esconder as relações de exploração entre empregadores e empregados. O autor lembra a designação dada por Prestes Motta a estas correntes: “manipulação”. Coloca que o seu pensamento é caracterizado *pela subordinação do psicológico ao econômico e as interpretações psicológicas, por mais importantes que sejam, intervêm apenas sobre pontos particulares, para justificar novas formas de dominação* (Cecílio, 1997: 290).

Aludindo mais uma vez a Prestes Motta, Luiz Cecílio critica a corrente do desenvolvimento organizacional “em voga nos anos correntes” (sem denominá-las), considerando-a como o *conhecimento organizacional, fundamentalmente de base sócio-psicológica, colocada a serviço do controle social e do produtivismo* (Prestes Motta *apud* Cecílio, 1997:291).

A revisão feita pelo autor sobre as Teorias Organizacionais, como já anunciado anteriormente, buscava contribuições para a formulação de um modelo de gestão para o setor público, na perspectiva colocada pelo Movimento Sanitário, ao mesmo tempo que pretendia revelar o caráter ideológico daquelas Teorias. A conclusão a que chega o autor é a seguinte:

...as características particulares da intervenção do Movimento Sanitário no interior do Estado, na sua vinculação com um projeto societário que é socialista e democrático colocam a necessidade da adoção de outros marcos teóricos que não aqueles adotados pela TGA, para pensar esta sua intervenção e condução de um

determinado projeto político (Cecílio, 1997:329).

É importante ressaltar que o autor está em busca de uma *Teoria da Mudança no Setor Público*, ou seja, de uma teoria capaz de embasar a intervenção e a consecução do projeto político de um ator em especial: o Movimento Sanitário. É em virtude disso que, acreditamos, o autor realiza esta negação das Teorias Organizacionais, pois ao passo que estas são produzidas para o setor privado e carregam em si a ideologia capitalista dominante, que busca a acumulação de riquezas às custas da exploração da força de trabalho, não poderia ser a Teoria que daria sustentação a um ator que possui “um projeto societário que é socialista e democrático”, principalmente no que diz respeito à construção de modelos de gestão.

A não consideração desta situação poderia levar à conclusão de que haveria, entre a autora trabalhada anteriormente (Lima, 1994, 1994b, 1996) e Cecílio (1994, 1997), posições diametralmente opostas sobre as Teorias Organizacionais. Na verdade, os recortes feitos pelos autores para analisar aquelas Teorias enfocam aspectos diferentes. Enquanto Sheila Lima faz uma abordagem mais gerencial, enfatizando as ferramentas gerenciais, em virtude de seu objeto de estudo naquele momento, Luiz Cecílio realiza uma abordagem mais sociológica e idealizada, realizando uma discussão mais teórica. As críticas feitas por este último, acreditamos, não são desconhecidas de Lima. Da mesma forma, os elementos destacados das Teorias Organizacionais por Lima (1996) não são desconsiderados por Cecílio. Prova disso é que, como dito anteriormente, o grupo ligado ao LAPA de Campinas, do qual faz parte este autor, tem se utilizado de várias ferramentas gerenciais, inclusive derivadas da Qualidade Total, e segundo Merhy (1995), apesar de serem justas as críticas às propostas tayloristas da organização do trabalho, bem como as restrições feitas à Qualidade Total...

...acha-se que eles não têm conseguido reconhecer que boa parte das tecnologias de intervenção, desenhadas pelas diferentes correntes da TGA, tem de fato permitido operar de modo eficaz sobre o processo produtivo. Podendo, então, apresentar-se como possibilidades de apreensão de modos de operar sobre aquele processo, em ambientes mais compartilhados, do ponto de vista do interesse público e da redefinição das finalidades sociais do processo produtivo (Merhy, 1995:121).

Toda a revisão e discussão feitas até aqui são importantes para se compreender a visão que Cecílio têm da Teoria Organizacional matusiana e do seu Sistema de Direção Estratégica. Realmente, este autor traz consigo a experiência de ter

implementado um modelo de gestão com base no Sistema de Direção Estratégica do PES. Fala-se aqui da experiência da Santa Casa do Pará⁷, relatada na Tese de Doutorado do autor, intitulada *Inventando a Mudança na Administração Pública*, e reproduzida no livro *Inventando a Mudança na Saúde*. Neste último trabalho o autor relata:

Para alcançar o resultado 3 (implantado sistema de gerência e planejamento), previam-se três operações:

- *implantar o novo modelo de direção da Santa Casa;*
- *implantar sistema de gerência descentralizada por operações;*
- *implantar sistema de petição e prestação de contas (Cecílio, 1997:201).*

Ficam evidentes as semelhanças entre o modelo de gestão de Matus e o da Santa Casa. Esta experiência, pelas características mudancista e inovadora, despertou o interesse de estudo de Silva (1994), que por meio de um estudo de caso analisou a experiência de mudança organizacional e implantação de um novo modelo gerencial na Santa Casa de Misericórdia do Pará, objetivando *analisar as possibilidades de aplicação do modelo gerencial derivado do enfoque de planejamento– estratégico– situacional de Matus à gestão das organizações públicas de saúde* (Silva, 1994:1).

Dentre os resultados encontrados pela autora destacamos:

O modelo de análise organizacional e o modelo do triângulo de ferro derivados do enfoque de planejamento- estratégico- situacional de Matus trazem, ao nosso ver, contribuições interessantes para pensar a mudança e a gestão das organizações de saúde (Silva, 1994:127).

Retomando o olhar de Cecílio sobre o sistema de direção matusiano, o autor destaca a importância de algumas idéias apontadas por Matus, dentre elas, a proposta de criação de um sistema de alta responsabilidade, através de um sistema de petição e prestação de contas; a idéia de orçamento por módulos de planejamento (orçamento por programa), em contraponto ao orçamento tradicional, concentrado naquilo que se compra com os recursos alocados; a proposta de gerência descentralizada por operações e a concepção de mudança.

No entanto, Cecílio (1994) relativiza a possibilidade de o modelo gerencial do PES servir como modelo de referência para as organizações públicas, em particular as de saúde. Nas suas palavras *apesar de as idéias de Matus no momento Tático Operacional [...] terem contribuído na condução das experiências mais recentes, elas*

⁷ Cecílio participou, como consultor, da implementação de um novo modelo de gestão naquela instituição.

podem ser consideradas insuficientes para o modelo de gestão da administração pública que é objeto da presente investigação (Cecílio, 1994:264).

Ao analisar o modelo matusiano, o autor o considera como caudatário da Teoria Sistêmica (daí a importância da revisão anterior). *Ele se utiliza da teoria sistêmica (no que não foge da orientação hegemônica da Teoria Geral da Administração) para desenhar o esboço geral do sistema de direção que supõe ser adequado para o PES* (Cecílio, 1994:262). Assim, todas as críticas feitas pelo autor à Teoria Sistêmica Contingencial transportam-se para a Teoria matusiana.

Outra crítica de Cecílio (1997) diz respeito ao fato de, na sua opinião, Matus não tematizar a questão dos conflitos no interior das organizações, nem mesmo as tensões entre objetivos dos trabalhadores e das empresas, tão pouco discutiria a questão da conquista da adesão dos funcionários, ou os mecanismos de controle dos usuários sobre o sistema. Assim, Matus se ateria basicamente *a um modelo de pensar a legitimidade de uma determinada direção como depositária do voto popular e portadora assim de um mandato que a legitima* (Cecílio, 1996:264).

Finalizando, este autor conclui que o enfoque de gestão de Matus é desenvolvido de maneira *funcionalista, parsoniana e tradicional* (Cecílio, 1996:328) e que o desenho organizacional de Matus pode ser considerado empobrecido ou inacabado, pelo menos se considerada sua aplicabilidade ao setor público e em particular o setor saúde.

Resumindo, com base na revisão feita, podemos afirmar que Luiz Cecílio se utiliza de vários elementos da proposta de direção do Planejamento Estratégico Situacional para compor um modelo de gestão mais descentralizado e democrático, extraíndo o que considera mais importante, sem, contudo, adotá-lo na íntegra. Testa na prática aquela proposta, verificando suas insuficiências e virtudes na composição de um modelo de gestão de um hospital público (Santa Casa do Pará). Ao mesmo tempo, nega a possibilidade de adotá-lo como marco teórico de um modelo de gestão pública, buscando em outros autores, em especial Sousa Campos e Fernando Flores, novas formas de abordar o interior das organizações.

Julgamos importante tecer algumas considerações sobre algumas das críticas feitas por Cecílio (1994, 1997), com algumas das quais concordamos e com outras não.

Primeiramente, com relação à afirmação de que toda a produção sobre gestão de Matus seria fruto da utilização da Teoria Sistêmica, é inegável o fato de que aquele se utiliza largamente das contribuições desta Escola. Porém, ao nosso ver, não somente desta, mas de muitas outras, conformando uma visão integradora e totalizante

da organização, constituindo-se numa das virtudes de sua abordagem: o fato de não focalizar seu olhar em um aspecto particular da organização, mas no seu conjunto. Haveria, na abordagem de Matus, segundo Lima (1996), influências da perspectiva racional, natural e política, o que já fora discutido. Além disso, trata-se de uma abordagem dialética e fenomenológica das organizações, uma vez que contempla vários planos de produção de fatos, com relações de determinação e condicionamento entre estes diferentes planos. Desta forma, nos aproximamos de autores como Silva (1994), Rivera (1995) e Lima (1996), no que diz respeito a esta concepção.

Mas além disso, apesar de a Teoria Sistêmica, assim como todas as outras teorias organizacionais, ter sido formulada para análise de empresas privadas, os aspectos essenciais de sua produção, justamente a noção sistêmica de inter-relações, são importantes em qualquer aspecto de nossa vida cotidiana, inclusive nas organizações públicas.

Em terceiro lugar, com relação às questões que Cecílio afirma não serem tematizadas por Matus ao olhar para o interior da organização (conflito, adesão, envolvimento dos funcionários), concordamos que estes temas não aparecem de forma explícita na Teoria Macroorganizacional e que não há como se pensar gestão nos serviços públicos de saúde sem abordá-los. No entanto, em toda a obra de Matus (e principalmente na Teoria da Produção Social que é aplicada às organizações) o autor ressalta a importância de se levar em conta o outro na situação, afirmando que todos os contextos implicam na existência de vários atores, com diferentes concepções de mundo e diferentes interesses e, acreditamos, isso deve ser considerado também como parte de sua abordagem organizacional. Além disso, quanto ao controle dos usuários sobre o sistema, Carlos Matus é enfático quando afirma que a prestação de contas das organizações públicas deve ser feita publicamente e/ ou difundidas até toda a população, demonstrando preocupação quanto à participação da população sobre o sistema.

Aproveitamos para lembrar também que Matus não está pensando num serviço de saúde especificamente quando formula sua Teoria Macroorganizacional, e que, portanto, não se deve esperar que o autor aborde questões que dizem respeito, muitas vezes, exclusivamente a estas instituições. O Sistema de Direção de Matus está voltado principalmente para Macroorganizações (trata-se de um sistema de direção de poder executivo a nível federal ou estadual, conforme afirma o próprio Cecílio), e assim sendo, algumas questões particulares perdem valor em sua abordagem. Por isso sustentamos que a abordagem de Matus pode ser melhor compreendida em sistemas macroorganizacionais, como nos propomos neste projeto ao buscar analisar as

características que compõem o Triângulo de Ferro na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Por fim, concordamos com a assertiva de que o modelo organizacional matusiano seja inacabado, pois existem, de fato, alguns vazios apontados não só por Cecílio mas também com outros autores (Silva, 1994; Rivera, 1995). Mas, por outro lado, acreditamos na sua aplicabilidade no setor público, e as experiências relatadas por Cecílio (1994, 1997) e Silva (1994) são prova disso.

Francisco Javier Uribe Rivera

O último autor a ser trabalhado nesta sessão é Francisco Javier Uribe Rivera. Em sua tese de doutoramento realiza uma análise mais ampla sobre os macro-modelos de Teoria Organizacional, enfocando a questão sob diversos ângulos, utilizando-se de autores tanto do campo da administração quanto da sociologia, destacando tanto as potencialidades quanto as debilidades de cada abordagem e ainda destacando paradigmas emergentes, que engloba em um macro-modelo comunicativo.

Remetendo-se a autores como Abreu (1982) e Motta (1975), distingue dois macro-modelos de Teoria Organizacional: um modelo estático ou fechado de organização, que engloba a Teoria Clássica de Taylor e Fayol e o esquema burocrático de Weber; e um modelo dinâmico ou adocrático, onde inclui a Teoria Sistêmica Contingencial e de Relações Humanas, e os enfoques estratégicos e prospectivos de administração de organizações.

O autor descreve as características fundamentais de cada modelo, que já são bem conhecidos de todos e que não serão repetidos aqui, acrescentando a sua análise e visão particulares sobre as mesmas.

Assim, Rivera (1995) destaca nos modelos clássico e burocrático (modelo fechado) a visão compartilhada de “homem econômico”, a rigidez das estruturas, o não reconhecimento do meio ambiente onde se insere a organização e a crença de que existe continuidade entre os objetivos individuais e organizacionais. Baseando-se em Prestes Motta (1990), afirma que *essa concepção pressupunha a autonomia relativa da empresa com relação ao seu meio ambiente. O pleno controle da oferta de mão-de-obra e de suas motivações sócio-culturais também estavam implícitos nesse modelo* (Rivera, 1995:94).

Quanto ao modelo dinâmico, a moldura básica que o constituiria seria a Teoria de Sistemas. Dentre os méritos dessa Teoria, o autor destaca o fato de ter permitido uma compreensão mais ampla e global das organizações, incluindo, além dos

sistemas técnicos, os sistemas sociais, como influentes sobre as funções de produção. Outro aspecto positivo seria a possibilidade de se perceber as relações de interdependência entre os vários subsistemas que compõem a organização. *Permite entender as variações de cada sub-sistema* como produto de mudanças ou inovações em outro e, sobretudo, determinar a importância dessas mudanças no processo final de adaptação e sobrevivência da organização ao seu meio (Rivera, 1995:96).

A Teoria Contingencial é vista como uma concepção mais estreita do enfoque sistêmico, e levaria em conta apenas algumas poucas variáveis que impactariam sobre a organização. Daria maior ênfase ao meio externo e à necessidade de adaptação da organização ao mesmo. A Escola de Relações Humanas acrescentaria a compreensão da organização como um sistema social, resultando numa concepção de organização como “grupos de grupos”.

Rivera apresenta as várias críticas feitas à perspectiva sistêmica. Dentre elas: a não consideração dos atores e de suas capacidades de escolha e interpretação; a ocultação do poder; o escamoteamento das relações de exploração e dominação, a visão funcionalista do homem; a visão puramente reativa da organização frente ao meio ambiente.

Com isso conclui:

A Teoria Sistêmico-contingencial não foge do paradigma cognitivo-instrumental, apenas o sofisticava ao máximo, passando ao largo do modelo comunicativo ou do entendimento. Os aportes mais sociais e aqueles relativos ao processo decisório (da escola de relações humanas e da escola comportamentalista, respectivamente) são incorporadas também do ponto de vista funcional, isto é, são submissos na lógica totalizante da sobrevivência organizacional (Rivera, 1995:99).

Conforme o próprio autor ressalta, por força de seu programa de trabalho (que busca um enfoque comunicativo para o planejamento e para a gestão), traz à tona, ao lado dos dois modelos descritos, um terceiro, que denomina comunicativo, utilizando-se, principalmente, de autores como Campos, Silverman, Benson, Kliksberg, Motta e Prestes Motta.

Da Teoria da Ação de Silverman, Rivera destaca a concepção de atores enquanto detentores dos significados e interpretações sobre a situação e sobre suas formas de atuação, sendo que tais significados possuem dupla estrutura: social e individual. *As expectativas e ou motivações individuais respondem aos condicionamentos sócio-culturais como também constroem continuamente a ordem*

social (Rivera, 1995:99). Seria importante também a idéia contida naquela Teoria de que não haveria continuidade entre objetivos individuais e organizacionais e de que haveria reciprocidade de influência entre organização e meio ambiente, e não um condicionamento total do último sobre o primeiro.

Com relação à abordagem dialética de Benson, além da idéia de que a realidade da organização é uma construção social dos atores, ainda que limitados pelo contexto, Rivera (1995: 100) destaca a importância do diálogo, *O dialógico surge como uma necessidade posta pela caracterização das organizações como lugares de contradições*.

Outro autor abordado por Rivera é Kliksberg, de quem são destacadas as noções de gerência mais consoantes com a modernidade: mais participativa, inovadora e comunicativa, caracterizada também por partir de pesquisas exploratórias e pela experimentação em conjunturas de incerteza.

Por fim, destaca de autores como Paulo Roberto Motta e Fernando C. Prestes Motta, as visões sobre as organizações sociais, onde valorizam a necessidade de uma descentralização substantiva, a ênfase na autonomia, a necessidade de comunicação como forma de interligar os diferentes módulos da organização, o acesso de todos à informação, a quebra dos princípios rígidos de autoridade, a valorização do trabalho em equipe e a compreensão das organizações como forma de cultura.

A revisão de todas estas abordagens, consideradas pelo autor como comunicativas, permitiu-lhe aproximá-las do conceito de mundo da vida de Habermas, cuja obra serve como referencial teórico para Rivera (1995:105), que busca a instauração de um agir comunicativo no interior das organizações: *Em geral estas teorias abordam o fenômeno organizacional do ângulo dos atores, ressaltando a capacidade interpretativa e dialógica dos mesmos e a possibilidade destes elaborarem, em virtude dessa capacidade, pactos normativos (mais claramente a teoria da ação e a abordagem dialética)*.

Realizando um apanhado geral, o autor alerta para a existência de superposição de modelos desenhados idealmente no interior das organizações modernas, ou seja, nestas estariam presentes fragmentos dos vários modelos, embora alguns prevaleçam. Assim, nas organizações coabitariam diversas e diferentes racionalidades.

Na sua tese de doutoramento Rivera dedica uma sessão à atualização de sua análise de Teoria Organizacional. Nesta, sustenta a necessidade de visões mais integradoras, que impliquem em diferentes olhares sobre a organização, nesse sentido se aproxima das concepções de Sheila Lima. Outra idéia sustentada é a necessidade de se

conceber um enfoque mais lingüístico ou comunicacional da organização, com vistas a tornar esta mais permeável ao mundo da vida habermasiano.

Com base nessas premissas, Rivera (1995:117-118) se utiliza de autores como Ana Campos para justificar a *necessidade de se utilizar visões “macro” e “determinísticas” como a sistêmica, concomitantemente com visões “micro” e “voluntaristas” como a da integração social, de Astley e Van de Ven, que considerariam a organização simultaneamente como um sistema técnico, racional e funcional, e um sistema político, uma construção social dos indivíduos.*

A partir da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, Rivera propõe um alargamento da comunicação no interior da organização *de modo que a organização enquanto totalidade sistêmica se impregne dos valores, idéias, ordenamentos e capacidades do(s) mundo(s) da vida dos atores e por eles seja regida.* Assim, podemos perceber que os atores (sujeitos) constituem-se em um aspecto central das considerações de Rivera, contrariando algumas afirmações de algumas tendências em planejamento no Brasil (Merhy, 1995). Desta forma, Rivera sustenta que a estrutura organizacional e seus objetivos supõem opções de pessoas e grupos organizacionais, não sendo, portanto, apenas resultantes de determinações tecnológicas e ambientais.

A obra de Fernando Flores serve de reforço ao paradigma sustentado por Rivera (paradigma comunicativo). Fernando Flores teria, segundo Rivera (1995), uma compreensão lingüística das organizações. Sua visão organizacional compreende duas definições conceituais básicas: *as organizações são conjuntos institucionais que predeterminam a estrutura de seus compromissos; as organizações são redes de conversações recorrentes que desembocam na adoção de compromissos.*

Para Rivera, a primeira afirmação agrega e determina as acumulações simbólicas da organização, relativizando concepções racionalistas do processo de tomada de decisão. A segunda estabelece uma “coincidência entre gestão e comunicação”. Assim, Rivera (1995:121) afirma: *Nuclearmente as organizações se constituem de petições (diretivas) e de compromissos, e de outros atos de fala (expressões, declarações e asserções) que apoiam secundariamente a realização dos compromissos ou que se situam em diferentes pontos da trajetória dos mesmos.*

A construção de organizações mais dialógicas implicaria na busca da integração, na construção de um projeto solidário, na reciprocidade de compromisso entre os diferentes atores (responsabilizante), na sua abertura para o exterior, numa relação de troca permanente, em características como ser evolutiva, criativa e flexível e possuir uma missão explícita (Rivera, 1995, 1997).

Por fim, o autor de maior destaque na atualização do pensamento de Rivera sobre Teoria Organizacional é Carlos Matus. Além de considerar a visão matusiana sobre as organizações uma visão totalizante e integradora, Rivera (1996) identifica naquela concepção um potencial comunicativo.

Para Rivera (1999:358) *o modelo organizacional proposto por este autor [Matus] é o de uma organização reflexiva a todos os níveis, como condição de governabilidade*, e o Triângulo de Ferro do PES contribui para a conformação de uma “organização comunicante”, ao seu ver um tipo de organização adequada a serviços de saúde. São destacadas da abordagem matusiana as seguintes características: a proposta de gestão descentralizada por operações, a abordagem por problemas, a necessidade de um sistema de petição e prestação de contas, as idéias de criatividade e descentralização, a necessidade de racionalização da agenda do dirigente, dentre outras. Podemos afirmar que Rivera utiliza o modelo matusiano, reformulando-o e recolocando-o em outros termos, para fundamentar uma proposta de direção com ênfase na comunicação.

Segundo o autor, a idéia de regras que determinariam a dinâmica organizacional se confunde e reforça a idéia de cultura organizacional, sobre a qual Rivera (1991) dá ênfase, que influenciaria de sobremaneira a direcionalidade de uma organização.

A concepção de mudança tida por Matus, que pressupõe uma mudança vertical, ou seja, reformar simultaneamente todos os sistemas de uma organização, também é considerada eficiente por Rivera. Este autor ainda refere que Matus se utiliza de várias premissas da Reengenharia, entre elas: a necessidade de compactação dos processos (departamentalização por produtos), a necessidade de um único contato externo, a concepção de um controle mais global, em detrimento de sistemas complexos e excessivos, a idéia de se combinar a padronização de processos com diferenciação dos mesmos (Rivera, 1996), o que dá idéia da amplitude de enfoques utilizados por Matus para compor seu modelo de direção.

Apesar de propugnar pelo modelo matusiano explicitamente, Rivera não deixa de tecer críticas. A primeira delas diz respeito à visão estreita de Matus com relação à forma de se trabalhar a cultura. Segundo Rivera (1996, 1999), Matus não aprofundaria sua análise em busca de uma proposta de intervenção eficaz, limitando-se a propor como forma de impactar a cultura treinamentos e teoria.

Outra crítica sugere que Matus, em virtude ter supervalorizado o Sistema de

Direção, subestimaria a idéia de outros atores que também controlam determinados recursos (acumulações). Rivera analisa que tal fato compromete o modelo matusiano, uma vez que questões importantes como que tipo de organograma o autor sugere?, que tipo de estrutura de poder sugere? e que formas de coordenação são propostas?; acabam por ficar sem resposta.

Por fim, Rivera questiona a idéia presente em Matus de utilização de acumulações simbólicas como recursos de poder, idéia que vai contra a visão do primeiro, pautada pela idéia de mundo da vida, onde as acumulações simbólicas seriam impulsionadoras dos atores e serviriam de pano de fundo para a interpretação e realização de ações (Rivera, 1995).

Realmente, ao nosso ver, estas três questões colocadas por Rivera (algumas das quais já discutidas anteriormente) podem ser consideradas como pontos críticos da abordagem organizacional de Matus. Mas, como o próprio Rivera afirma, Matus está pensando em “Macroorganizações inespecíficas”, ficando, portanto, sem condições de discutir questões relacionadas a organizações profissionais, objeto de estudo de Rivera.

Além disso a questão do poder nas organizações não é, ao nosso ver, abandonada por Matus, uma vez que na discussão sobre as regras de governabilidade o autor propugna claramente a descentralização enquanto uma forma de distribuição do poder.

A revisão destes três autores permite verificar o quanto o pensamento matusiano influencia o planejamento e a gestão em saúde no Brasil. Seja como modelo de análise, seja como proposta de intervenção, o fato é que quase invariavelmente as noções teóricas ou dispositivos gerenciais são utilizados por pensadores da gestão em saúde para refletir ou agir sobre nossas organizações.

Acreditamos que esta revisão possibilitou verificar insuficiências na abordagem de Matus, bem como formas de superá-los, o que potencializa a utilização da sua teoria para se pensar e praticar a mudança no serviço público.

Como vimos, todos os autores trabalhados utilizam a Teoria Matusiana numa perspectiva microorganizacional, ou seja, olhando para o interior dos serviços de saúde (daí o surgimento de uma série de críticas e a necessidade de adaptações). Ao contrário, estamos nos propondo aplicar o modelo de análise numa perspectiva macroorganizacional, espaço para o qual a proposta fora formulada. Como será visto adiante, houve grande adequação, uma vez que o espaço de análise era coerente com a dimensão pensada por Matus.

Encerramos esta sessão apresentando uma síntese das diferentes visões dos autores aqui revisados sobre a abordagem organizacional de Matus e sua proposta de Direção Estratégica, através de um quadro comparativo (Quadro 1). Destacamos que estas discussões colaboraram para a conformação do modelo de análise utilizado neste estudo, apresentar contribuições para a organização da gestão a partir da crítica ao enfoque estratégico de Matus (ver caminho metodológico).

Quadro 1. Síntese das diferentes visões sobre a abordagem organizacional de Matus:

Sheila Maria Lemos Lima	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio	Francisco Javier Uribe Rivera
Destaca a visão totalizante e integradora do autor, que abrange várias perspectivas de Teoria Organizacional: racional, natural e política. A abordagem da Teoria Macroorganizacional é, para a autora, um importante modelo de análise organizacional e traz contribuições importantes para se pensar a intervenção e a mudança nos serviços públicos de saúde, principalmente pela noção de responsabilidade nas organizações, expressa num sistema de petição e prestação de contas. A autora identifica Matus como um autor com capacidade de abordar os diferentes elementos e aspectos das organizações, e seu sistema de direção como um modelo gerencial capaz de dar conta da totalidade organizacional.	Utiliza, na prática, o modelo de direção formulado por Matus, buscando conformar sistemas de gestão mais descentralizados e democráticos. Destaca a importância da proposta de criação de um sistema de alta responsabilidade, a ideia do orçamento por programas e a proposta de gerência descentralizada por operações. No entanto, aponta algumas insuficiências da abordagem matusiana e nega a possibilidade de esta servir como um marco teórico de um modelo de gestão pública. Considera a Teoria Organizacional de Matus como caudatária da Teoria de Sistemas, além de considerar uma abordagem funcionalista da organização.	Inclui Matus como um dos principais autores na atualização de seu pensamento sobre Teorias Organizacionais. Considera a abordagem totalizante e integradora. Destaca, da Teoria matusiana, a proposta de gestão descentralizada por operações, a abordagem por problemas, a necessidade de um sistema de petição e prestação de contas, a ideia de criatividade e descentralização, entre outras. Identifica na abordagem de Matus um aspecto comunicativo e, através da análise de três princípios de Macroorganização, evidencia o sentido comunicativo da proposta matusiana. Reformula esta proposta, recolocando-a em outros termos, com ênfase na comunicação. Ao assumir a “organização comunicante” como um modelo ideal para organizações de saúde assume a proposta matusiana como adequada a este tipo de organização.

1.4 - Direção Estratégica e Reforma Gerencial Pública

Na década de 80 pudemos observar o início de um movimento no âmbito da administração pública em vários países do mundo, especialmente nos países europeus da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Este movimento tem sido denominado Novo Gerenciamento Público (NGP) ou Nova Administração Pública (NAP), ou ainda Administração Pública Gerencial (APG).

Este movimento foi observado com certa precaução inicialmente, uma vez que são comuns os modismos gerenciais, onde novas técnicas e métodos de gestão surgem antes mesmo de a anterior ter sido plenamente esgotada e, geralmente, não deixam grandes impactos de longo prazo nas organizações. *Na maioria dos países, as administrações mal tinham acabado de digerir a qualidade e precisaram passar ao benchmarking e em seguida ao reinginnering, e surgiu a última nova moda, o balance score card ...* (Trosa, 2001:28).

No entanto, autores como Dunleavy e Head (1994), Ferlie *et al* (1999), Trosa (2001) e Alecian e Foucher (2001), Bresser Pereira & Spink (2001) concordam que o Novo Gerenciamento Público representa, atualmente, um movimento de ruptura com o padrão burocrático de administração do serviço público. Para Ferlie *et al* (1999:359) *as reformas, segundo a nova administração pública, tomadas como um todo, representam uma importante tentativa de reestruturar os serviços públicos, modificando a natureza de sua organização e gestão.* De fato, é difícil conceber que diversos países se lançassem em mudanças da natureza proposta pelo NGP caso se tratasse de mais uma moda. A amplitude das transformações sugerem uma reação às pressões políticas e de opinião pública e algo bem além de uma reforma administrativa. Trata-se, portanto, de um novo momento, onde as administrações de praticamente todos os países têm mudado seu comportamento.

Certo é que as discussões sobre as mudanças na administração do setor público não são isoladas; na verdade elas surgem ao mesmo tempo e atreladas à própria discussão a respeito do papel do Estado. Alguns países promoveram reformas com o propósito claro de reduzir o tamanho do Estado (o Estado reduzido e magro), introduzindo a filosofia de mercado e privatizando em larga escala. Esta é a percepção do *New Right*, na Grã-Bretanha, que segundo Ferlie *et al* (1999) via o Estado de Bem Estar Social como um grande monopólio mal administrado, que não prestava contas a ninguém, dominado por burocratas e que não satisfazia às necessidades dos usuários.

Por outro lado, outros países buscaram através das reformas um meio para fortalecer o papel do Estado, desburocratizando-o, buscando maior flexibilidade e transparência. Alguns partiram da hipótese de que a redução do peso da dívida pública, obtido a partir de uma posição política, mas também através de uma nova forma de gerenciar, era o único meio de recuperar margem de manobra financeira para os programas, as transferências e as políticas de ajuda ao cidadão (Trosa, 2001). Isto aconteceu em países como a Austrália, França, Suécia e Nova Zelândia.

É importante notar que não há consensos quanto ao modo de proceder às mudanças no setor público, não sendo possível se observar UM modelo de NGP e tampouco há UMA teoria do NGP. Ferlie *et al* (1999:26) chamam a atenção para a indefinição quanto ao que é a Nova Administração Pública: *Não somente há controvérsias acerca do que é ou está a caminho de tornar-se, mas também do que deveria ser.*

Ao nosso ver, isto se deve tanto ao caráter recente da proposta quanto às diferentes posturas políticas e ideológicas em cada país, fazendo com que os objetivos das reformas gerenciais se dêem de acordo com a visão de Estado e com a ideologia de cada governo. Mas para além da influência da ideologia no Novo Gerenciamento Público, não acreditamos que seja pertinente a definição de UM modelo ideal de gerenciamento público, tendo em vista tanto a diversidade de serviços existentes quanto a diversidade de situações possíveis de se encontrar nos diferentes países e mesmo dentro de um mesmo país. Haveria, portanto, um pluralismo organizacional na Nova Administração Pública, e não uma teoria e uma prática homogênea, ou um paradigma global.

Mas então, em que consiste o Novo Gerenciamento Público? As diferentes propostas relacionadas à reforma no serviço público, variando de acordo com cada país e a orientação política dos governantes, possuem em comum o fato de representarem uma forma de distanciamento do atual modelo de administração pública (baseado numa perspectiva centralizadora-burocrática), caracterizada pela implementação de um gerenciamento mais responsabilizante, pela adoção de formas mais descentralizadas de gerência (delegação de autoridade e responsabilidade), pelo controle rígido do desempenho, pela orientação pelos resultados, pelo achatamento da pirâmide hierárquica, pela maior autonomia para os gerentes e pela adoção de contratos em substituição ao controle dos processos.

Ferlie *et al* (1999:26) apresentam uma tipologia com 4 modelos de Nova Administração Pública, de acordo com suas distintas características.

O Modelo 1, denominado pelos autores de “O Impulso para a Eficiência”, teria sido o primeiro a surgir, no final dos anos 70. Sua origem provém da economia política *tatcheriana*, onde o setor público é visto como incompetente, esbanjador, burocrático e responsável pela crise do Estado. Seu objetivo é reduzir o tamanho do serviço público e reduzir os gastos do Estado. Sua principal estratégia para mudar o serviço público é introduzir ferramentas e métodos de gestão utilizados pelo setor privado.

Não faltam críticas a este modelo. O principal argumento, com o qual concordamos, diz respeito às especificidades do setor público, decorrentes das distintas naturezas em que estão inseridos os dois setores. No público existe uma série de situações e condições distintas, tais como a função de, em primeiro lugar, assegurar o bem coletivo por meio de uma lógica de necessidades e justiça, que não são próprios do setor privado, orientado pela noção de lucratividade. Por isso, a pura e simples transferência de ferramentas de gestão do setor privado para o público pode representar um perigo.

Porém, o reconhecimento destas diferenças não significa que algumas técnicas de gestão desenvolvidas no âmbito das empresas privadas não possam ser aplicadas no setor público. Pelo contrário, existem várias experiências que se mostram exitosas quando da utilização coerente de ferramentas de gestão, como a Qualidade, em organizações públicas levando em conta o contexto do serviço público.

Ainda com relação ao Modelo 1, suas principais características segundo Ferlie *et al* (1999) são:

- Controle financeiro rigoroso, com uma grande preocupação em “fazer mais com menos”.
- Estilo de administração descentralizada, com clara definição de objetivos e monitoramento de desempenho.
- Extensão da avaliação tanto aos aspectos financeiros quanto profissionais (avaliação do desempenho individual), com a adoção de métodos mais transparentes de avaliação, mas conduzidos e definidos pela cúpula.
- Privilegiamento do setor privado como prestador de serviço.
- Ênfase na satisfação do cliente.
- Desregulamentação do mercado de trabalho.
- Maior acúmulo de poder por parte dos administradores, com concomitante enfraquecimento dos profissionais.

- Delegação de poder em algum grau para os serviços descentralizados, visando desburocratizar o serviço público.

Destacamos como pontos positivos deste modelo a definição clara de objetivos, a adoção de mecanismos transparentes de avaliação e a ênfase no cliente. No entanto, o caráter centralista e com ênfase no controle dos meios reduz, ao nosso ver, a possibilidade de implementação de um processo mais duradouro. Além disso, a excessiva preocupação com a eficiência, em detrimento da eficácia e da equidade, não condiz com a natureza e a finalidade do setor público.

O segundo Modelo, chamado “*Dowsizing* e descentralização” é apontado como de grande importância atualmente. *Grandes organizações estão exemplarmente fazendo dowsizing, terceirizando funções e dividindo-se internamente em unidades de negócios mais autônomas* (Ferlie *et al*, 1999). O *dowsizing* parte da crítica aos modelos verticalizados e burocráticos das organizações, tanto públicas quanto privadas. Os elementos fundamentais desta proposta são a flexibilidade, a descentralização e a desintegração das formas verticais de organização. Suas principais características são:

- Separação entre o comprador do serviço e o executor (*purchase/provider* ou dono e mestre da obra), que parte da idéia de que o Estado não precisa fazer tudo por si, mas é responsável pela “obra”.

- Surgimento de paramercados, unidades autônomas, responsáveis por executar os serviços (as agências, no Brasil, são um exemplo de paramercado).

- Mudança de uma gestão do tipo controlista para uma gestão por contrato não rígido, com direitos e deveres de ambas as partes e com ênfase na responsabilidade sobre os resultados.

- Criação, em nível local, de organizações mais autônomas.

- Separação entre financiamento público e dotação do setor autônomo.

- Adoção de novos estilos gerenciais, “gerenciamento por influência”, formação de organizações em rede, ênfase nas alianças estratégicas.

- Sistema de serviços do tipo constelação, com prestadores os mais variados: privados, filantrópicos, empresas públicas, sociedade civil ...

O destaque que fazemos com relação a este modelo diz respeito à ênfase dada à responsabilidade, pois ao mesmo tempo que propõe uma ampliação da autonomia, propugna o estabelecimento de mecanismos mais eficazes de prestação de contas. Além disso, aqueles aspectos do modelo anterior apontados como positivos não desaparecem. A adoção de paramercados é recente e carece de maiores avaliações. A

adoção de estilos gerenciais mais flexíveis e menos baseados no controle é outro ponto positivo que destacamos neste modelo.

O terceiro Modelo, “Em Busca da Excelência”, decorre da aplicação aos serviços públicos das idéias e teorias da Escola de Relação Humanas (Ferlie *et al*, 1999). A ênfase deste modelo está na importância dos valores, símbolos e ritos que influenciam a vida das pessoas dentro de uma organização. A cultura organizacional, a mudança e a inovação são os elementos chave deste modelo.

Haveria duas abordagens dentro desta perspectiva no âmbito da administração pública, uma “de baixo para cima” e uma “de cima para baixo”. A primeira está mais associada ao que tem se chamado modelos administrativos mais humanísticos, que consideram a importância das relações informais, do autodesenvolvimento e da participação. As *Learning Organizations* seriam o exemplo atual deste tipo de abordagem.

Com relação ao modelo de cima para baixo, prevaleceriam os programas gerenciados de mudança cultural. O estilo de liderança é o carismático, geralmente exercido por um ou mais gerente seniores. Há neste modelo a tentativa de fazer com que os funcionários literalmente “vistam a camisa” da empresa, por isso há grande investimento nos programas de treinamento corporativo, difusão da marca da corporação e uma gestão de recursos humanos mais presente e estratégica. Este modelo de gerência busca sempre ganhar a alma dos trabalhadores.

Destacamos também no modelo “de baixo para cima” os aspectos que dizem respeito à ênfase na descentralização e na avaliação do desempenho com base nos resultados, o uso de incentivos à produção e a idéia de autodesenvolvimento e aprendizagem organizacional. No entanto, traz como ponto negativo um certo ocultamento dos conflitos entre padrões e empregados e entre os diferentes grupos existentes no interior da organização. Este modelo tenta passar a idéia de uma certa harmonia entre diferentes atores. Com relação ao modelo de cima para baixo, a idéia de gerenciamento da cultura é questionável, uma vez que a cultura organizacional também é moldada pela cultura “exterior”, como a cultura cívica e a cultura política, e, assim sendo, o controle sobre a cultura organizacional pressupõe algum grau de controle sobre estas demais culturas. No entanto, lembramos que queremos apenas destacar as dificuldades existentes com relação à mudança cultural, acreditando que ela é possível. Porém, o modo como esta questão é tratada no modelo em discussão deixa de lado vários elementos importantes como os acima mencionados. Por exemplo, acreditamos

que uma mudança organizacional somente é possível com o real envolvimento de todos, não podendo ser programado apenas pela cúpula.

O último modelo descrito pelos autores é o menos desenvolvido até o momento, trata-se do modelo denominado por Ferlie *et al* (1999:33) de “Orientação para o Serviço Público”

Representa a fusão de idéias de gestão dos setores público e privado, a revitalização dos administradores do setor público por meio do delineamento de uma missão de serviço público diferente (Osborne & Goebler, 1992) mas compatível com as noções adquiridas sobre administração de alta qualidade derivadas de práticas bem sucedidas no setor privado.

Assim, a adaptação de ferramentas utilizadas nas empresas privadas ao serviço público, levando em conta o seu contexto e as suas peculiaridades, é a principal característica deste modelo. Além disso, há uma ênfase na necessidade de preservação da responsabilidade do serviço público, na qualidade do serviço prestado e na satisfação do usuário. Estes são, inclusive, os principais aspectos que destacamos neste modelo, uma vez que critica a soberania dos mercados no desenvolvimento da sociedade. Além disso, há, ao que parece, uma real tentativa de envolvimento do usuário (ou cliente) na tomada de decisão e avaliação sobre o serviço público, elemento que não aparece de forma explícita em nenhum dos modelos descritos anteriormente.

Acreditamos que a democratização e a *publicização* das ações do Estado sejam pontos fundamentais para se proceder a reforma do serviço público e, inclusive do Estado. Não apenas a transparência na tomada de decisão, mas o envolvimento dos cidadão na formulação e fiscalização das ações realizadas devem estar incluídos como itens indispensáveis para se *desprivatizar* o Estado, tornando-o menos clientelista e patrimonialista e preservando a *res pública*.

São estes os quatro modelos de Nova Administração Pública apontados por Ferlie *et al* (1999). É importante ressaltar que estes modelos não existem em estado puro na realidade. O que observamos, na prática, é uma mescla dos vários modelos, prevalecendo ora um ora outro, de acordo com o contexto e o país onde se desenvolve a reforma. Em todos podemos observar limites e potencialidades.

Para atender ao objetivo colocado para este capítulo, o de estabelecer um diálogo correlacionando as idéias contidas no Sistema de Direção Estratégica do PES

com as idéias do Novo Gerenciamento Público, escolhemos Sylvie Trosa⁸ como interlocutora. Essa escolha se deve a vários motivos. Em primeiro lugar, optamos por selecionar um autor com experiência em processos de reforma no setor público. No caso, esta autora talvez seja uma das mais experientes no nível internacional, tendo sido Diretora de Avaliação do Ministério da Infra-estrutura francês, participando ativamente do processo de reforma deste Ministério. Além disso, é consultora dos países da OCDE e ocupa hoje a função de Diretora do Instituto de Gestão Pública da França. Em segundo lugar, trata-se de uma autora que consegue articular os vários aspectos positivos de cada modelo descrito anteriormente⁹. Outro motivo, e um dos principais, diz respeito ao fato de ser uma autora proveniente de um País com uma história e uma cultura de valorização do serviço público, implementando reformas com vistas a reforçá-lo e não reduzi-lo. Por fim, a proposta de organização da gestão no âmbito da administração pública, bem aceita em seu país e em outros, coloca a ênfase sobre questões também destacadas por Carlos Matus, tais como a questão da responsabilidade e descentralização.

Lembramos que o objetivo deste capítulo é mostrar a atualidade do pensamento matusiano frente às discussões a respeito das mudanças no serviço público no âmbito internacional da Nova Administração Pública; por isso, utilizaremos com frequência citações dos dois autores, fazendo uma espécie de “colagem”, na expectativa de permitir a comparação entre as duas perspectivas.

Antes de iniciarmos nosso exercício de correlação, é importante demarcarmos nossa posição com relação ao Novo Gerenciamento Público; isto porque muitas vezes as críticas ao modelo são tidas como as mais esclarecidas, uma vez que os exemplos mais conhecidos vêm de países que tiveram como objetivo minimizar o Estado e reduzir o serviço público (Reino Unido é o exemplo mais paradigmático).

O próprio termo Reforma gera arrepios em representantes da esquerda e nos “defensores do Estado”, pois esta discussão é geralmente abordada por representantes do movimento *liberalizante* que visa, na verdade, quebrar o serviço público e diminuir a capacidade de intervenção estatal. No entanto, é fundamental que não se confunda objetivos com ferramentas. Dizemos isto porque acreditamos que os princípios do NGP, colocados especificamente pela autora abordada aqui, são coerentes com as novas demandas da sociedade e do mundo para o serviço público (ficará mais claro adiante), afinal de contas maior autonomia, responsabilidade e definição clara dos objetivos são

⁸ A discussão dar-se-á principalmente com esta autora, mas no decorrer do texto outros autores também serão abordados para enriquecer a discussão.

maléficos para o serviço público? Lembramos ainda que muitas reformas foram iniciadas em países com governos trabalhistas, como a Austrália e a Suécia nos fins dos anos 80. O primeiro preocupou-se tanto em aumentar a eficiência e a eficácia do Estado quanto em preservar os valores tradicionais do setor público. Ferlie *et al* (1999), em seu estudo sobre as mudanças nas organizações públicas britânicas citam o estudo de Zifcak sobre as reformas australianas. Neste estudo o autor, comparando o caso australiano ao britânico conclui que as mudanças ocorridas na Austrália *com sua maior flexibilidade, coesão e abertura contribuiu mais para a inovação administrativa* (Zifcak *apud* Ferlie *et al*, 1999: 74). Já a Suécia é considerada por vários autores (Ferlie *et al*, 1999) como um exemplo de *como os princípios democráticos não eram incompatíveis com os processos de reforma*, sendo o contrário verdadeiro. Realmente, o serviço público sueco pautou sua agenda de reforma na ideologia da democratização via descentralização, em contraposição aos mais comuns ideais de eficiência via descentralização. O estudo de Joerge (1989) no comitê submunicipal sueco concluiu que uma das maiores virtudes daquele processo foi facilitar a troca de poderes dentro das organizações públicas.

Por isso, acreditamos que as discussões acerca da reforma do Estado não devem ser polarizadas entre reformar ou não reformar, mas sim em que reformas devemos proceder. Isto porque não é invenção o fato de que o Estado já não consegue atender às demandas da sociedade plenamente (o que não significa que devemos entregar tudo ao mercado), basta ouvir as reclamações da opinião pública, as humilhações a que os cidadãos são obrigados a se submeter para adquirir aquilo que é seu de direito, seja a aposentadoria, o benefício do INSS ou o acesso ao serviço de saúde. A idéia de um Estado superprotetor, capaz de decidir sozinho o melhor para a população, único detentor da capacidade de promover o desenvolvimento através de uma superestrutura centralizada de planificação e com grande capacidade executora já se mostrou insuficiente para responder às necessidades impostas pela sociedade. Além disso, autores como Kliksberg (1998) apontam como o caráter centralizador da gestão deste Estado subestimou e marginalizou a própria sociedade civil no processo de condução da vida em sociedade.

Mas, sejamos claros, não estamos dizendo que a ineficiência e ineficácia dos serviços públicos são uma questão meramente gerencial. Claro que não! Há uma questão política que determina, inclusive, a possibilidade de mudança na gestão pública. A discussão sobre o papel do Estado é anterior à discussão sobre as técnicas de modernização gerencial. No entanto, acreditamos que uma melhora nos padrões de

⁹ Trosa não se baseia e tampouco dialoga com aquela tipologia; esta relação está sendo estabelecida aqui .

gestão do setor público possa ajudar a conseguir melhores serviços para os cidadãos e maior satisfação dos trabalhadores. Há de se dotar o Estado de maior capacidade de gestão, trabalhar sobre suas estruturas organizacionais, incorporar técnicas modernizantes, elementos necessários para levar o Estado a agir com maior eficiência e eficácia e facilitar o desenvolvimento social.

Somente a partir desta perspectiva é possível fazer o enfrentamento com as forças que querem reduzir o Estado a nada e deixar a “mão invisível do mercado” conduzir todo o processo de desenvolvimento. Caso contrário poderemos “afundar” abraçados na defesa de um Estado que já não corresponde mais às expectativas e necessidades dos usuários, enquanto assistimos à vitória de quem está propondo e impondo mudanças drásticas no serviço público, e de modo a não privilegiar o cidadão. Então, ao nosso ver, a reforma tem que ser feita, resta debater que reforma.

Lembramos mais uma vez que as idéias de Novo Gerenciamento Público a que nos referimos dizem respeito às idéias colocadas por Sylvie Trosa e outros autores franceses (Crozier, Aleciam & Foucher), uma vez que, como visto anteriormente, existem várias experiências e propostas que vêm sendo denominadas NGP, sendo que não concordamos com várias delas, especialmente aquelas promovidas com a intenção de fortalecer exclusivamente o mercado enquanto organizador da sociedade.

Dando início à correlação entre Matus e Trosa, podemos afirmar que ambos partem da constatação e crítica de um certo modo de se planejar e gerenciar. Enquanto Matus critica o que denominou planejamento normativo, a outra autora demonstra o fracasso dos procedimentos descendentes, tecnocráticos e impostos, principalmente do *Rationalisation des Choix Budgétaires* (Racionalização das Opções Orçamentárias) utilizados anteriormente na França. Os argumentos utilizados por Trosa guardam singular semelhança com a fala de Matus. Para ela, o modelo mais clássico de planejamento consiste em reunir os melhores cérebros para prever o futuro ou produzir cenários e investir nisto uma quantidade não desprezível de tempo e dinheiro. Chama a atenção para o pouco envolvimento dos funcionários, bem como o não engajamento decorrente. Além disso, a ausência de um plano de implementação, com a explicitação dos responsáveis por cada atividade programada num determinado tempo colabora para que o plano se torne uma peça sem serventia a constar como instrumento de trabalho da cúpula.

A crítica a este tipo de planejamento levou muitos autores (Mintzberg; Wildawski) a decretar a morte do planejamento estratégico, tal a inflexibilidade e caráter mecânico com que foi utilizado nos anos 70. Mas para além da validade destas

críticas, Trosa considera que o planejamento por objetivos ainda tem seu valor, e diz que não reconhecer tal fato significa “jogar fora o bebê com a água do banho”.

De fato, a crítica aos modelos de planejamento descendentes (normativos segundo Matus) muitas vezes não apontam alternativas, dando a impressão de que não há o que fazer e que qualquer organização é mesmo dominada por urgências e a improvisação é que impera. No entanto, Matus, assim como Trosa, reconhecendo a importância do planejamento e da definição clara de objetivos a serem perseguidos pela organização, propõe formas mais flexíveis de se planejar, de forma menos tecnocrática e mais participativa. Desta forma, reconhecemos que tanto o Planejamento Estratégico Situacional quanto a Nova Administração Pública (conforme concepção de Sylvie Trosa), rejeitam a planificação burocrática ao mesmo tempo em que recusam-se a aceitar a improvisação. Assim, de certa forma, esta autora recoloca o planejamento por objetivos na posição de importante ferramenta de gestão, resgatando-o das críticas a que vinha sendo submetido onde parecia não ter mais valor.

Trosa propõe novas formas de se planejar por objetivos, partindo-se de métodos mais indutivos que dedutivos. Cita várias técnicas que tem sido utilizadas em vários governos que implementaram reformas. Dentre estas técnicas destacamos a técnica de construção de cenários e a de análise de problemas. Vale lembrar que ambas as técnicas são articuladas no PES, tanto no momento explicativo quanto no estratégico, permitindo a definição de objetivos mais concretos e de acordo com o contexto. *A passagem pela fase de problemas [antes de se eleger os objetivos] não elimina as contradições da vida real, mas torna a formulação de soluções mais gerenciáveis* (Trosa, 2001:97). Ao nosso ver, a análise dos problemas esclarece os objetivos, tornando-os mais realísticos e, portanto, mais possíveis de serem atingidos.

O componente estratégico do plano também é destacado no NGP, embora não com tanta ênfase como no PES. Segundo Trosa (2001:194) *não se muda a sociedade por decreto, mas sim jogando com as expectativas, os interesses e as estratégias dos atores e de seus sistemas de relações*. No PES este componente estratégico é levado às últimas consequências, dada a preocupação de Matus com a governabilidade, ou seja, a capacidade de legitimação e sustentação de um governo. Neste “momento”, a análise dos atores envolvidos é a principal “arma” do ator que planeja em uma situação onde o outro também planeja. Neste sentido, as técnicas e ferramentas do PES, no que diz respeito à análise estratégica dos atores, são das mais potentes conhecidas e servem bem aos propósitos colocados por Trosa.

O conceito de situação, também é empregado pela Nova Administração Pública, embora não com esta denominação. O trecho abaixo é ilustrativo. Trata-se de um exemplo dado por Trosa (2000: 194) do quanto é importante considerar o contexto e o ponto de vista de outros atores. *Se por exemplo o eixo essencial da política de luta contra a AIDS é dirigir-se aos grupos de risco, nada poderá evoluir se as organizações representativas destes grupos não aceitarem esta política ou se os médicos que conhecem os grupos de risco o rejeitarem.*

A idéia de incerteza, largamente explorado por Matus, também é abordado por Sylvie Trosa. Ela afirma que *aquele que domina a incerteza tem mais poder do que aquele que domina os processos estabelecidos e previsíveis.* Fazemos uma relação direta destas idéias com a noção de problemas bem estruturados e não-estruturados de Matus. Estes últimos são aqueles cuja explicação não é fácil de se conseguir, é influenciado por um número grande de variáveis que não estão sob o domínio do ator que planeja e, portanto, gera alto grau de incerteza. Além disso, outro aspecto colocado por Trosa que vai de encontro às idéias do PES, é a forma de proceder a análise dos atores em situação. A autora propõe a análise de quatro elementos: limitações, recursos, estratégias e interesses. Matus também organiza instrumentos de análise de viabilidade, baseados principalmente na análise dos atores. É certo que no PES tal momento é bem mais rico que o proposto por Trosa, pois o PES possibilita uma infinidade de análises com relação aos atores. No entanto, o importante é destacar que a essência do estudo dos atores é similar na NAP e no PES, pois ambas consideram que os objetivos devem decorrer das estratégias e estas dependem da análise dos atores.

Além da proximidade das concepções de planejamento da NAP e do PES, percebemos como ponto de maior confluência entre os dois modelos a relação entre descentralização e responsabilidade. Diversos países discutem hoje não só os problemas e inconveniências das estruturas rigidamente hierarquizadas, mas também problemas do seu oposto, a descentralização atomizada.

A evolução do mundo e da sociedade trataram de comprovar a ineficiência do modelo hierárquico no serviço público, que sucumbiu diante dos desafios impostos pelo novo mundo: a globalização, a diversidade de usuários e fornecedores, a pressão por transparência. O controle hierárquico, baseado numa cultura de desconfiança, tem sido ultrapassado em vários países, isto porque ele já não é mais um mecanismo eficiente para assegurar o controle e a legalidade.

Um exemplo é o trazido por Trosa do Ministério da Infra-estrutura da França, antes da descentralização, onde quase metade das licenças de construção eram ilegais, mesmo com as formas rígidas de controle existentes.

Além disso, a distinção entre os papéis dos funcionários (técnicos) e dos políticos, tão apreciada pelo modelo burocrático, vem se apagando devido ao crescente alinhamento dos funcionários com a política, ao mesmo tempo em que os governos vêm exigindo um engajamento daqueles com seus objetivos. Este processo faz emergir uma nova categoria de funcionários, com maior engajamento político aliado à sua função técnica (talvez os técnico-políticos de Matus?).

Por fim, o derradeiro motivo pelo qual o modelo hierárquico de condução das organizações públicas esgotou-se, deve-se ao fato de a sociedade, cada vez mais, individualizar-se e reclamar (Trosa, 2001), exigindo dos funcionários públicos não mais serviços padrão, mas serviços personalizados, que atendam às suas necessidades. Isto obriga os funcionários, na base do serviço público, a assumirem maior poder de decisão, assumir riscos e maiores responsabilidades, algo que não é permitido no modelo burocrático.

A verificação de todos estes problemas, em vários países, principalmente por volta da metade da década de 80, desencadeou um movimento importante de desconcentração. Existem vários exemplos: a globalização das despesas de funcionamento, inclusive os salários, na Austrália; a flexibilização da gestão, incluindo relação de créditos, no Reino Unido; liberdade quase que total de gestão na Nova Zelândia, inclusive de recrutamento e pagamento de pessoal.

Apesar de todas as virtudes nestes processos, com seus bons resultados, alguns dos seus limites são verificados hoje, tais como a fragmentação do serviço público, onde os diferentes serviços “competem” por recursos e se entrincheiram em si mesmos, abdicando de qualquer articulação em prol do usuário. Tal situação decorre de um desequilíbrio, uma relação unilateralizada, onde não há avaliação conseqüente e nem dever de prestar contas. *A delegação criou a miragem de um serviço público como empresa comercial ou território autônomo não sujeito a objetivos políticos e sociais* (Trosa, 2001:71).

Um exemplo é o caso da Grã-bretanha, citado por Ferlie *et al* (1999.). Após o relatório que foi denominado *Improving management in government: the next steps* (Melhorando a administração no governo: os próximos passos), em 1988, foram criadas várias agências como forma de separar a prestação de serviços da formulação de políticas; estas agências representaram também uma tentativa de se implementar a

lógica do gerencialismo e do setor privado no interior do setor público. O estudo referido acima apontou como um dos problemas deste processo de descentralização a responsabilidade. *Aqui, o principal problema identificado foi a responsabilidade. Esta foi vista como tendo sido prejudicada com as mudanças em busca de uma crescente autonomia* (Ferlie et al; 1999: 70).

No sistema de saúde brasileiro, guardadas as devidas proporções, ocorreu um fenômeno semelhante que só começa a ser sentido agora. De certa forma, o modo como se deu o processo de descentralização da saúde no Brasil, com forte ênfase no nível local como privilegiado e com enfraquecimento das Secretarias Estaduais, tem levado, ao nosso ver, a alguns problemas quanto à responsabilidade, principalmente no que diz respeito às relações intergestores. Esta questão será melhor abordada adiante.

Assim, afirmamos que não é salutar a qualquer sistema organizacional nem a descentralização total nem a hierarquização total, o que pressupõe uma autonomia sempre relativa dos entes descentralizados perante os níveis centrais. E é por isso que as reformas em vários países têm apontado para a necessidade de se articular maior autonomia a um maior dever de prestar contas. Neste sentido, acreditamos que o modelo de gestão proposto pela Teoria das Macroorganizações torna-se útil e coerente com as necessidades impostas.

Lembramos aqui a importância dada por Matus ao vértice do triângulo de gestão denominado “Responsabilidade”:

As regras de responsabilidade estabelecem a exigibilidade dos compromissos e manifestam-se mediante as características do sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho que vigora na avaliação do cumprimento das missões e funções assumidas. A dinâmica da capacidade da gestão organizacional dependem, em última instância, dessas regras (Matus, 1996:342).

Lembramos que as regras de responsabilidade enfatizadas por Matus, que se expressam no sistema operativo de petição e prestação de contas por resultados, são definidas num sistema de equilíbrio junto com as regras de governabilidade, expressas no sistema de gerência por operações, que propõe a descentralização do poder de decisão para proporcionar maior criatividade e rapidez e de acordo com as circunstâncias reais.

Uma prática que vem tomando espaço no âmbito do Novo Gerenciamento Público, e que apresenta os mesmos princípios operativos do modelo matusiano, é a prática do controle através do contrato. Este não é necessariamente um contrato jurídico,

formal. É antes disso uma filosofia, onde há o estabelecimento de um pacto entre ambas as partes, onde ambas assumem compromissos, direitos e deveres.

Os “contratos” na Nova Zelândia, país que desenvolveu um processo radical de descentralização, tem sido um meio de garantia de que os compromissos assumidos entre o nível central e os níveis descentralizados sejam cumpridos. Geralmente, neste país, os contratos são de natureza jurídica e contém sanções para o caso do não cumprimento dos deveres por uma das partes. Seu ponto mais positivo é a clareza, e o seu principal limite é o seu caráter exclusivamente jurídico, que muitas vezes engessa as iniciativas.

Já na França, o “contrato” não foi amplamente instituído, mas efetuado com aquelas unidades que demonstravam maior eficiência e eficácia, como uma espécie de estímulo aos melhores, que passaram a gozar de maior autonomia e mais meios para gerenciar. Seu ponto fraco está no seu caráter experimental. O mesmo ocorreu com o Reino Unido.

A Austrália possui a experiência mais radical, baseando a gestão exclusivamente nos resultados e permitindo total autonomia quanto aos meios para alcançá-los. Buscou intensamente a responsabilização dos dirigentes, dando-lhes maior poder de decisão. Além disso, até mesmo os recursos economizados acima da taxa de produtividade ficam com a organização, não revertendo para o Tesouro. Fica evidente que a autonomia é real. Seu ponto fraco está na pouca motivação das agências para prestar contas.

Assim, os limites apontados por Trosa na prática do contrato nos vários países sugerem a necessidade de uma combinação dos diferentes modos de proceder o contrato, na medida em que se vai aprendendo com a experiência internacional.

Assim como na proposta de gestão da Teoria da Macroorganizações, expressa no Triângulo de Ferro do jogo macroorganizacional, a experiência destes vários países tem enfatizado, ao lado da descentralização, a responsabilidade e a gestão por resultados.

O termo que mais temos ouvido falar é *accountability*. Esta expressão implica tanto no dever de prestar contas quanto no “sentir-se responsável por”. Exige sensibilidade dos gestores públicos em relação às necessidades e demandas da população, dando a esta a oportunidade de cobrar-lhes quando não são atendidos. Para Trosa o movimento contratual, característica fundamental do Novo Gerenciamento Público, não poderá se desenvolver sem mecanismos eficazes de *accountability*.

Para gerenciar melhor, mais próximo dos usuários e com menores custos, é preciso um salto qualitativo, salto que consiste em uma maior descentralização de responsabilidades e maiores poderes na base da administração que na cúpula; mas essa mudança só pode ocorrer por meio da obrigação muito reforçada de prestar contas dos resultados (Trosa, 2001:263).

Fazemos questão de ressaltar que no Sistema de Direção Estratégica, as regras de responsabilidade são determinantes no interior da organização, e tem peso maior que os outros dois vértices. *Nas circunstâncias de baixa responsabilidade, o planejamento é supérfluo, o governo é governado pelas circunstâncias e a qualidade da gestão pública é necessariamente medíocre (Matus, 1996: 355).*

O Sistema de Petição e Prestação de Contas, parte do sistema de gestão do PES, se adequa perfeitamente à noção de responsabilidade, referenciada pela NAP. Este sistema, lembrando, inclui os seguintes elementos:

- Verificação periódica e regular dos compromissos assumidos nos planos de ação e com os resultados.
- Transparência dos critérios de avaliação; o que, quem, quando, onde e por que avaliar devem ser de conhecimento de todos, ou seja, pactuado.
- As “contas” prestadas devem ser relativas a produtos e resultados obtidos e relacionados à missão confiada à organização
- As informações a serem avaliadas devem ser previamente conhecidas pelo avaliador e pré-avaliada pelo sujeito que irá prestar contas.
- A prestação de contas deve impactar na qualidade do serviço, repercutindo na gestão posterior.

Como dito anteriormente, um dos países que realizaram uma das mais radicais reformas, com repercussões positivas sobre o serviço público foi a Nova Zelândia (Trosa, 2001; Bresser Pereira & Spink, 2001). A ênfase e o caráter inovador das reformas estão justamente na responsabilidade. Os chefes de agências ou diretores de unidades devem prestar contas anualmente de seus resultados. Esta prestação de contas tem a ver não apenas com a gratificação por desempenho, mas também com a necessidade de se conservarem nos cargos. A outra ponta da reforma é a liberdade dada a estes mesmos chefes, embora não sem antes esclarecer totalmente suas responsabilidades. *Os neozelandeses continuam até hoje achando que esse sistema de liberdade/ responsabilidade é o melhor para promover a criatividade (Trosa, 2001:273).* Criatividade também é um conceito central para Matus. Para ele, sem responsabilidade não há planejamento, e sem planejamento não há criatividade. Há, para

o autor, uma relação circular entre responsabilidade, criatividade e descentralização. Em vários de seus textos afirma: *a responsabilidade obriga à criatividade e a criatividade obriga à descentralização.*

Voltando à questão da responsabilidade, vale a pena transcrevermos um trecho de um documento neozelandês denominado *State Service Commission*, elaborado em 1997 e que explicita os valores do serviço público no país, para destacar o quanto a questão da responsabilidade está marcando as mudanças propostas para o serviço público.

O serviço público da Nova Zelândia hoje conhece desafios maiores. Os cidadãos esperam mais do serviço público e dos produtos que oferecem. Ao mesmo tempo, o serviço público passou de um gerenciamento burocrático de proteção de seus orçamentos e de seu campo de ação a um sistema em que a qualidade, a rapidez e a eficácia dos serviços prestados aos cidadãos vêm em primeiro lugar. A primeira consequência dessas mudanças atingiu os que dirigiam o serviço público, os diretores. Enquanto leaders, são eles que estão na linha de frente da responsabilidade: o serviço público deve realizar as prioridades do governo. A esse respeito, os diretores são responsáveis pessoalmente perante seu ministro e perante o parlamento. Eles são as pilas do novo sistema (State Service Commission apud Trosa, 2001:273).

Mais três pontos devem ser analisados nesta aproximação teórica entre a Nova Administração Pública, representada por Trosa (2001), e o Sistema de Direção Estratégica de Matus (1996). Estes três pontos são: a questão dos resultados; a questão dos incentivos e sanções ao cumprimento das metas e; a questão da cultura organizacional.

O tema de praticamente todos os países da OCDE é gerenciar, não por inputs (recursos), mas por resultados, seja por resultados quantificáveis, tangíveis e imediatos (serviços oferecidos), seja por resultados ou impactos voltados para o atendimento ao usuário (Trosa,2001: 171).

A maioria dos países da OCDE tem adotado, como observamos, sistemas de gestão com base nos resultados, o que implica em avaliar e medir os resultados e não os insumos, e alinhar o orçamento, o planejamento e a prestação de contas sobre esta mesma base.

Na Austrália, por exemplo, há um novo regime de orçamentação, o chamado Orçamento por Resultados, segundo mostra o *Commonwealth Department of Finance and Administration*, de 1998.

A proposta de Trosa (2001) é de se trabalhar tanto com *outputs* (produtos, serviços prestados) como com *outcomes* (impactos). Esta mescla reduziria os problemas decorrentes da formulação de intenções vagas incomensuráveis dos impactos e também com o excesso de quantificação e inflexibilidade, características dos serviços prestados.

Segundo a lei de finanças públicas da Nova Zelândia, datada de 1989, os serviços prestados (*outputs*, produtos) são os bens ou serviços produzidos por uma administração, e os impactos (*outcomes*) são as conseqüências, na sociedade, dos serviços prestados ou de atividades das administrações. Podemos exemplificar utilizando o setor saúde onde, por exemplo, o número de consultas médicas em cardiologia produzidas num determinado trimestre e o número de cirurgias cardíacas seriam os *outputs* (resultados) e as taxas de internação por problemas cardíacos e de mortalidade por doenças do coração seriam os *outcomes* (impactos).

Os impactos são como indicadores que permitem verificar se se está no “bom caminho”, ou seja, se os objetivos do governo estão em vias de serem atingidos ou não; os impactos devem ser indicadores qualitativos de direção, como um pisca-pisca de alerta. Além disso, a gestão baseada em resultados contribuiria para se criar ou fomentar uma cultura de responsabilidade no interior da organização, uma vez que permitiria que os funcionários percebessem o elo com os objetivos, o que daria maior sentido ao trabalho (ou direcionalidade no dizer de Matus).

No entanto, Trosa chama a atenção ao risco de se gerenciar por resultados quando a definição dos mesmos se dá posteriormente ao esclarecimento das prioridades. Segundo a autora o principal motivo deste desvio é contábil, pois muitas vezes é o orçamento que define as prioridades e não o contrário. Para que isto não ocorra, os resultados deveriam ser inscritos em objetivos claros e em um planejamento estratégico. Assim, os resultados seriam definidos a partir de discussões sobre os problemas, prioridades, estratégias e objetivos. Os resultados devem ser o produto do processo de planejamento e não o ponto de partida.

Afirmamos então, que na ausência de resultados bem definidos (*outputs e outcomes*) torna-se mais difícil definir prioridades ou fazer escolhas e saber quando é hora de mudar os rumos da organização (redefinir a missão). Estas idéias são muito próximas daquelas contidas nas regras de direcionalidade do Sistema de Direção Estratégica, onde se chama a atenção para o fato de que, muitas vezes, o dirigente se perde em rotinas por não se concentrar naquilo que é realmente importante para a organização. E este atropelamento pelas rotinas se dá em parte pela falta de clareza não

só da missão da organização, como também dos resultados a serem perseguidos pela mesma.

O Sistema de Direção Estratégica alerta também para a defasagem que ocorre quando o serviço público não consegue mais atender às demandas dos usuários (razão de ser do serviço público).

La existencia de una organización responde al cumplimiento de una misión que le es encomendada y esse cumplimiento si realiza mediante la producción de bienes, servicios e regulaciones cuya demanda o necesidad independe y es anterior a la organización , e esta naci para hacer frente a esa demanda. Conviene recordar este principio elemental, porque si bien todas las organizaciones nacen com esse claro proposito de serviço externo, generalmente envejecen serviéndose a si mesmas y relegando a segundo plano su misión principal (Matus, 1994:1).

Creemos que nos serviços públicos em geral há uma dificuldade para se pensar em termos de resultados voltados para os usuários. Nossa experiência em processos de planejamento em diversas instâncias de saúde (unidades básicas, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde) demonstra que há uma tendência, principalmente no momento da definição dos problemas, de se selecionar problemas intermediários, ou seja, que dificultam a produção terminal da organização. A “insuficiência de recursos humanos” é um problema que quase invariavelmente surge no momento do levantamento dos problemas. Isto demonstra a dificuldade de as organizações públicas pensarem os problemas finais, aos quais devem responder.

As etapas propostas por Trosa para se chegar aos resultados (defini-los) se assemelham muito aos propostos no PES. A idéia é de que se parta de um método indutivo, a partir de problemas e, a partir destes, se estabeleçam as estratégias para resolvê-los, articulando-se os problemas aos objetivos, o que Trosa chama de lógica de intervenção do setor público. *A lógica de ação ou de intervenção consiste em reconstituir os laços lógicos entre os objetivos e as ações empreendidas, especialmente forçando os agentes a explicar sua compreensão dos objetivos e as estratégias que eles consideram como as mais eficazes (Trosa, 2001:196).*

No Sistema de Gerência por Operações, um dos componentes do Sistema de Direção Estratégica, os resultados são o produto das metas decorrentes das operações voltadas para resolver determinados problemas, estabelecendo uma ligação direta entre o problema levantado (e já devidamente processado) e o resultado que se quer atingir (neste caso já cientes das possibilidades de se alcançar este resultado). Considerando a

resolução dos problemas terminais (que atingem diretamente o usuário) como o objetivo primordial do serviço público (sua missão portanto), a Gerência por Operações/Problemas constitui-se numa forma de gerenciamento por produtos e resultados, no mesmo sentido das atuais propostas no Novo Gerenciamento Público.

Los objetivos terminales constituyen el objetivo ultimo que deben cumplir las organizaciones pues cada una de ellas debe seu nacimiento a la decisión de combaterlos y, la eficacia de tal combate valida o invalida la misión que justifica sua existencia. Las metas externas esenciales se refieren a los problemas terminales y la acción publica que los desfia sólo es efectiva mediante una producción de resultados que cruce las fronteras del autoabastecimiento de cada institución (Matus, 1994:15).

Além disso, o método PES permite a seleção realística dos indicadores a serem acompanhados e avaliados, possibilitando o acompanhamento tanto dos resultados (*outputs*) quanto dos impactos (*outcomes*). Os últimos surgem logo no momento do processamento dos problemas, onde são definidos os vetores de descrição dos problemas (VDP) e os vetores de descrição dos nós críticos, que nada mais são do que indicadores de situação. Adiante, no momento da definição das estratégias, a definição dos “produtos” torna-se a seleção de indicadores de acompanhamento de *outputs*.

Por exemplo: Se o problema selecionado para ser processado é “Elevada mortalidade por doenças neonatais”, um dos VDPs será a “taxa de mortalidade neonatal”, um indicador de resultado. Se uma das ações para ajudar a resolver este problema for “contratar mais obstetras e pediatras”, o produto desejado pode ser “aumento das consultas pré-natais e perinatais”, o indicador será o “número de consultas pré-natal e perinatal”.

Deste modo, o método garante que os indicadores de acompanhamento não sejam descolados do processamento do problema e da seleção das ações. Pelo contrário, eles vão surgindo quase que naturalmente durante o processo de planejamento. Neste sentido, o modelo de planejamento e gestão do PES serve bem às necessidades apontadas pela NAP.

Outro ponto comum entre os dois modelos de gestão diz respeito à importância dada à cultura organizacional. Para Trosa (2001:139) *Os resultados, após cerca de dez anos de trabalho sobre as estruturas parecem depender mais da cultura e de práticas que de arranjos*. Do mesmo modo, Matus estabelece uma relação entre estruturas mentais (cultura), práticas de trabalho e formas organizacionais. As estruturas

mentais, ou a cultura organizacional, definem as práticas de trabalho e estas, por sua vez, condicionam as formas organizacionais. Esta relação está explícita num dos princípios de Macroorganização: o princípio da subordinação das formas organizacionais às práticas de trabalho.

Sylvie Trosa considera a clareza dos objetivos, o sistema de incentivos e, principalmente, a cultura organizacional como mais importantes que a estrutura. No entanto, não formula explicitamente uma proposta de intervenção sobre a cultura organizacional. Propõe apenas a adoção da filosofia contratual, independentemente da forma organizacional assumida. A filosofia contratual nesse caso significa conciliar maior liberdade a maior responsabilidade, com engajamento nos resultados. Assim, a adoção de “contratos” serviria para promover mudanças na cultura. Falta, portanto, à autora uma abordagem mais aprofundada sobre a questão da cultura nas organizações, que aborde a questão das subjetividades e do modo de vida dos indivíduos dentro da organização e de suas inter-relações, entre si e com o meio. Não basta a pura e simples adoção da filosofia do contrato para promover mudança de cultura (ainda que se reconheça sua importância neste sentido), pois muitas vezes a existência de uma cultura mais responsável será condição para o bom funcionamento do “contrato”.

Por sua vez, Matus acredita que as estruturas mentais são modificadas por meio de teorias e de treinamento. Mas também há deficiências na abordagem de Matus em relação à cultura. A definição de cultura enquanto estruturas mentais é insuficiente. Da mesma forma, a estratégia de desenvolvimento teórico e de treinamento, embora importantes, não esgotam as possibilidades de atuação sobre a cultura. Outros autores como Rivera (1997), Campos (2000), Motta (2002), tem apontado uma série de outras possibilidades e mecanismos para se atuar sobre a cultura, tais como o envolvimento do trabalhador no processo de gestão, a utilização de ferramentas dialógicas que estimulam o inter-relacionamento, a construção de espaços de comunicação e de explicitação dos conflitos, a análise do “não dito”, entre outras.

Concluimos, então, que ambas as abordagens em questão carecem de discussões mais aprofundadas e pragmáticas sobre a questão da cultura organizacional. O ponto fundamental é que reconhecem a sua importância e a dimensão do assunto.

Com relação ao sistema de incentivos, também há convergências entre os dois modelos, principalmente no que diz respeito ao reconhecimento da necessidade tanto de incentivos quanto de sanções no processo de acompanhamento/ avaliação das ações previstas e dos objetivos traçados. No entanto, Trosa desenvolve com maior profundidade o assunto quando comparada com Matus.

O último faz, em todo o desenvolvimento da Teoria das Macroorganizações, apenas uma breve menção ao um “sistema de prêmios e punições”, que comporia o sistema de petição e prestação de contas: *que a avaliação implique prêmios e punições legitimadas pela sociedade e pela organização. Esses prêmios ou castigos podem ser muitos e variados, desde os morais e atinentes ao prestígio até os estímulos e punições econômicos* (Matus, 1996:326).

Destacamos dois pontos importantes desta abordagem: primeiro, o caráter não limitante das formas de incentivos, considerando diversos modos de estímulos e não exclusivamente os econômicos; em segundo lugar, destacamos a concepção de validação pela sociedade/ organização, o que pressupõe um processo participativo de discussões e negociação com relação às formas de incentivos e sanções.

No entanto, a abordagem da Nova Administração Pública de Trosa dá um destaque especial à essa questão, considerando-a como *uma das mais importantes questões no âmbito da administração pública*. A autora atribui à ausência de incentivos, entre outras questões, o fracasso dos modelos de planejamento do tipo RCB. Embora este método tenha adotado incentivos, a abordagem foi de cima para baixo e as experimentações foram focalizadas. Além disso, não houve clareza em relação ao modo de se proceder os incentivos; para Trosa (2001:279) *A questão da motivação dos homens e mulheres do serviço público foi amiúde esquecida*. Haveriam pelo menos quatro tipos diferentes de incentivos mais utilizados hoje internacionalmente: a partilha de ganhos de produtividade; o orgulho profissional e uma crescente autonomia de ação; sanções em caso de mal desempenho e um sistema de gestão de recursos humanos coerente com os resultados esperados.

Ao nosso ver, o ponto de partida para a questão dos incentivos é constatação da necessidade de um equilíbrio entre contribuição e retribuição, ou seja, não se pode esperar que os funcionários apenas se doem, adiram à missão e aos objetivos da instituição, sem que haja uma contrapartida por parte desta última com relação a seus funcionários. A criatividade, a ousadia de assumir riscos, o inventar devem ser encorajados, e um eficiente mecanismo de incentivos pode ajudar neste processo. Infelizmente, as organizações públicas brasileiras em geral, e as de saúde em particular, não possuem uma cultura de mobilização por meio de incentivos. Pelo contrário, as “gratificações por desempenho” tem servido exclusivamente como complementação dos já tão defasados salários dos servidores, e acabam se transformando em mais um arranjo burocrático na organização.

Um bom sistema de incentivos deveria servir inclusive como um elemento de mobilização e detonador de processos de discussão articuladas e, conseqüentemente, como um elemento integrador no interior da organização. O envolvimento dos servidores na definição do que, quando, como avaliar e gratificar pode ser uma experiência inovadora que contribua para iniciar um movimento de discussão e negociação interna.

Somos favoráveis à introdução de incentivos financeiros no serviço público, incentivos dados de acordo com os resultados alcançados e não como complementação salarial.

Concluimos este capítulo afirmando que as propostas contidas na Teoria das Macroorganização, no que tange à gestão, são coerentes com os desafios colocados hoje para o setor público, estando em consonância com os movimentos da Nova Administração Pública que buscam o fortalecimento do serviço público e a restauração do papel do Estado como promotor da equidade e do bem estar coletivo.

Além disso, vale destacar que o modelo de gestão de Matus apresenta ferramentas potentes para operacionalizar alguns conceitos da NAP, dentre os quais destacamos principalmente a análise estratégica, a proposição de métodos indutivos de planejamento (por problemas e por construção de cenários) e a apresentação de vários mecanismos que auxiliam na ampliação da responsabilidade (sistema de petição e prestação de contas).

Por outro lado, vários elementos das discussões da Nova Administração Pública realizadas por Trosa (2001), contribuem para o enriquecimento do modelo gerencial proposto por Matus (1996). Dentre estes, vale destacar a noção de responsabilidade enquanto “sentir-se responsável por”, o que implica na responsabilização dos indivíduos da organização a partir de um movimento de mudança de cultura. Além disso, a gestão com ênfase nos resultados é particularmente importante, pois enriquece o modelo matusiano, centrado num sistema de gerência por operações (que também preza pelos resultados).

Nesta parte do trabalho foram apresentados os fundamentos teóricos do sistema de direção estratégica, apontadas suas características principais, realizada a discussão com autores que abordam este modelo de gestão no Brasil e feita a aproximação com o movimento amplo do Novo Gerenciamento Público no nível internacional.

Mostramos que a Teoria das Macroorganizações presta-se bem para caracterizar um sistema público de saúde como o SUS, onde nenhum órgão ou instituição, em nenhum nível de governo (municipal, estadual ou federal) detém total controle hierárquico sobre o outro. Além disso, apontamos as diferentes maneiras como tem sido abordado o sistema proposto por Matus, utilizando-nos, basicamente de três autores de ampla influência no meio sanitário; pudemos observar que em todos há um reconhecimento da importância e da pertinência do Sistema de Direção Estratégica, sendo que todos utilizam na prática os conceitos matusianos, adaptando-os e complementando-os, ao passo que identificam insuficiências quando da adaptação para serviços de saúde.

A aproximação com a Administração Pública Gerencial teve como objetivo permitir visualizar a atualidade das idéias contidas no Sistema de Direção Estratégica. Tanto o enfoque quanto as ferramentas propostos por Matus permitem uma abordagem do setor público no sentido de torná-lo mais racional e eficaz, com ênfase na responsabilidade, na autonomia e na criatividade. Do mesmo modo, as discussões feitas por Trosa (2001) trazem contribuições para o modelo matusiano

Por fim, finalizamos este capítulo reafirmando o pressuposto de que o sistema de gestão do PES e da Teoria das Macroorganizações são, ao mesmo tempo, potentes como modelo de análise de sistemas de saúde e como tecnologia de intervenção. Partimos agora para a aplicação deste sistema enquanto um modelo teórico de análise da gestão.

PARTE II
O MÉTODO

II. Caminho metodológico

Este trabalho consiste em um estudo descritivo, seguindo uma abordagem qualitativa e adotando como estratégia metodológica o estudo de caso que, segundo Triviños (1990:124) *É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente*. Este tipo de estudo caracteriza-se, segundo o mesmo autor, pelo *estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento*.

No entendimento de Yim, *apud* Hortale (1996) o estudo de caso possui quatro diferentes aplicações: explicar as relações causais, descrever contextos da vida real, avaliar descritivamente e explorar situações em que a intervenção a ser avaliada não seja clara. O terceiro destes consiste na nossa principal aplicação, seguido pelo primeiro. Acreditamos que a avaliação descritiva da intervenção permite uma leitura crítica do que foi ou está sendo realizado, e ajuda a pensar alternativas no processo de tomada de decisões. Esta estratégia metodológica, o estudo de caso, permite a utilização de diversas técnicas de coleta de informações, a verificação de diferentes dimensões e abrangências de um objeto e a utilização de dados tanto quantitativos quanto qualitativos. Além disso, permite que se conheça o contexto histórico onde o fenômeno estudado ocorre.

II.1. O local do estudo

A escolha de uma região de saúde para a realização do estudo já foi parcialmente explicada acima. Assim, em primeiro lugar, porque a região de saúde está no centro das discussões atuais das políticas de saúde do Brasil, como um espaço privilegiado para a construção de sistemas funcionais. Em segundo lugar, porque o tempo exigido para conclusão deste trabalho não permitia a sua realização num espaço maior como um estado da federação.

A escolha do Rio Grande do Sul se deu por dois motivos. Primeiro por ser a nossa terra de origem, onde estudamos e iniciamos nosso trabalho na área da saúde. Além disso, o Estado do Rio Grande do Sul passou por um período de modificações na gestão do SUS entre os anos de 1999 a 2002, tendo recebido três dos cinco primeiros prêmios dados pelo Ministério da Saúde para experiências inovadoras na gestão do SUS. Dentre eles incluem-se a Municipalização Solidária da Saúde, a Saúde Solidária

(políticas de financiamento para municípios e hospitais regionais respectivamente) e São Pedro Cidadão (saúde mental).

A política de descentralização daquele Estado considerou o fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios como fundamental no processo de descentralização, e a cooperação técnica, operacional e financeira aos municípios como principais atribuições da Secretaria Estadual de Saúde. Ao mesmo tempo, atribuiu às Coordenadorias Regionais de Saúde a função de implementar de fato a política de saúde do Estado (Estado do Rio Grande do Sul, 2000; Ferla e Martins Junior, 2001; Müller e Possa, 2001).

No Relatório de Gestão da SES/RS (2000:51) consta: ... *a instância regional é o espaço da pactuação e do planejamento da atenção ... De simples repassadoras de papéis para o nível central, as CRSs passam a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica e financeira e de diálogo com os municípios ...*

Estas características da gestão da saúde no Rio Grande do Sul despertaram para a possibilidade de se visualizar novas formas de se gerenciar a saúde no nível regional, diferentes daquelas já denunciadas por vários autores.

O Rio Grande do Sul possui dezenove regiões de saúde. Escolhemos a região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (6ª CRS), na região de Passo Fundo, localizada no Planalto Médio do Estado.

A escolha desta região deu-se em virtude de já termos atuado em um município daquela região como profissional de saúde, tendo observado um movimento de mudança que aponta para o fortalecimento desse nível de gestão do SUS. Além disso, julgamos que o conhecimento da região e do contexto poderia ser um fator potencializador no momento das análises. Esta suposição confirmou-se mais tarde. A vivência durante o período de um ano e meio num município da região, acompanhando de perto os movimentos que se davam em nível regional, permitiram não apenas maior facilidade no momento na elaboração dos instrumentos e da coleta dos dados (o fato de ser conhecido facilitou o acesso aos informantes e aos documentos necessários), mas também maior capacidade de compreensão dos fatos, servindo quase como um diário de campo de uma observação participante.

A 6ª CRS é a maior das dezenove coordenadorias do Estado em número de municípios. Possui atualmente 58 municípios, em sua grande maioria de pequeno porte (menos de 5 mil habitantes), chegando a municípios com apenas 1.626 habitantes

conforme a projeção do IBGE para 2002. A maior cidade é Passo Fundo, sede da Coordenadoria, com 168.440 habitantes. No total da região são 629.136 habitantes.

Passo Fundo é também o pólo de referência para média, alta complexidade e, por vezes, até para procedimentos de atenção básica, dada a estrutura da maioria dos municípios da região. Outras cidades de referência são Lagoa Vermelha, Carazinho, Marau, Soledade e Vacaria.

Atualmente apenas dois municípios não estão habilitados em nenhuma condição de gestão conforme a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96). Cinquenta e quatro municípios encontram-se na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e dois na Gestão Plena do Sistema Municipal. Até o momento da realização da coleta de dados deste trabalho nenhum município havia pleiteado a habilitação conforme as exigências da NOAS SUS 01/2001.

A 6ª CRS é composta por quatro coordenações mais um núcleo de estudos, além do gabinete do coordenador. Possuía até outubro de 2002 104 trabalhadores (a estrutura organizacional da 6ª CRS será melhor explorada adiante).

II.2. Procedimentos de coleta, registro e análise dos dados

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, utilizamos duas técnicas combinadas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e a análise documental.

A entrevista semi-estruturada tem sido uma das técnicas mais utilizadas no processo de trabalho de campo das pesquisas sociais, entre as quais as do campo da saúde. Ela consiste, segundo Trivinõs (1987:146), num tipo de entrevista que *parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.*

As questões das entrevistas (Anexos I e II) são decorrentes do detalhamento de cada vértice do Triângulo de Ferro da Teoria Macroorganizacional do PES, onde procuramos, através das mesmas, apreender como funcionam os sistemas de conformação da agenda do dirigente, de petição e prestação de contas e de gerência por operações na gestão do sistema de saúde da região da 6ª CRS. O roteiro de entrevista, embora apresente características de um questionário de perguntas abertas e fechadas, foi utilizado como um instrumento de entrevista aberta, ou seja, perguntávamos aos entrevistados apenas a questão principal, não sendo oferecidas as alternativas para escolha (estas eram utilizadas para nos guiar durante a entrevista).

Além disso, também foi utilizado um questionário (Anexo III) que foi respondido pelos secretários municipais de saúde da região, com o objetivo de captarmos a percepção dos gestores municipais quanto ao processo de intervenção. Isto nos permitiu realizar um contraponto com as falas dos coordenadores da 6ª CRS.

A análise documental, neste estudo, não foi utilizada simplesmente para complementar ou confirmar as informações obtidas através das entrevistas, mas permitiram a verificação de ações concretas, expressas em intenções ou em medidas, operações, atos formalmente explicitados através de documentos. Esta técnica de coleta de dados nos foi bastante útil, permitindo a obtenção de dados objetivos, relacionados à forma de funcionamento da gestão da 6ª CRS. Podemos afirmar que esta fonte de dados nos foi tão ou mais valiosa quanto as entrevistas ou questionários.

Os documentos que foram utilizados como fonte de informação foram: Relatórios das oficinas de Planejamento realizadas, Relatórios de Gestão Regional, Atas do Conselho Regional de Saúde, documentos como resoluções, ofícios, julgados como pertinentes ao estudo. Buscamos nestes documentos qualquer indício ou fato descrito ou proposto, que tivessem ou pudessem ter a ver com alguma das nossas categorias de análise. Nem todos os documentos ofereceram informações diretas para o trabalho, sendo os dois primeiros os mais importantes nesse sentido. Mesmo assim, todos os demais ajudaram para uma maior compreensão da gestão da saúde na região.

Foram sujeitos¹⁰ deste estudo: o **Coordenador Regional de Saúde**; os **coordenadores de setores** da 6ª CRS e os **Secretários Municipais de Saúde** da região. Foram entrevistados o Coordenador Regional de Saúde, o Ex-Coordenador Adjunto (pelo fato de ter estado maior tempo na função) e os coordenadores dos quatro setores da Coordenadoria. Além disso, participaram os secretários municipais de saúde da região, através do preenchimento de um questionário.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. Para o questionários montamos um banco de dados em excel para facilitar a análise das informações. Dos 58 questionários remetidos via correio tivemos um retorno de 28 questionários, 48% portanto.

Durante todo o desenvolvimento do trabalho procuramos seguir os aspectos éticos para pesquisa em saúde definidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional

¹⁰ A palavra sujeitos aqui está colocada no sentido de que as pessoas que oferecem informações, através de entrevistas ou questionários, não são apenas objetos passivos do estudo, mas configuram como agentes ativos que, através de sua participação, ajudam a construir o trabalho. Suas informações, percepções e opiniões é que contribuem para moldar o conteúdo do estudo. Sendo assim, julgamos pertinente considerá-los não como simples informantes-chave como sugerem alguns livros de metodologia da pesquisa, mas, de fato, como sujeitos da pesquisa.

de Saúde. Assim, o estudo foi precedido da autorização formal da Coordenadoria Regional de Saúde, através do seu Coordenador (anexo IV). Todos os participantes foram esclarecidos sobre o propósito, a metodologia, os benefícios e os riscos de participação no estudo por meio de consentimento livre e esclarecido, que lhes garantia também sigilo, anonimato e o direito de retirar-se a qualquer momento sem prejuízos ou ressentimentos (anexo V).

Para os questionários, destinados aos secretários municipais de saúde, apresentamos as mesmas explicações acima colocadas. A única diferença foi que consideramos o retorno do questionário como a autorização para o uso no trabalho (anexo VI).

Tomando como referencial teórico a Teoria das Macroorganizações e o Sistema de Direção Estratégica do PES, realizamos uma aproximação entre a estrutura da gestão da saúde na região com a estrutura de uma Macroorganização, que segundo Matus deve: constituir-se em um determinado espaço político-institucional; possuir um conjunto de Microorganizações operando cada qual com grande autonomia; ser regido por relações paralelas de coordenação (e não por relações hierárquicas); possuir vários tipos de governo operando e; possuir um Sistema de Alta Direção, ou seja, um sistema de alta direção capaz de criar diretrizes para o sistema, auto-impor os grandes objetivos e coordenar a estratégia de convivência das organizações participantes do “jogo macroorganizacional”. Desta forma:

- O Sistema Regional de Saúde da região da 6ª CRS corresponde à Macroorganização;
- A Coordenadoria Regional de Saúde corresponde ao Sistema de Alta Direção desta Macroorganização;
- O Coordenador Regional de Saúde corresponde ao Dirigente da Macroorganização;
- Os chefes de departamentos da 6ª CRS correspondem ao Entorno do Dirigente
- As Secretarias Municipais de Saúde correspondem às Microorganizações que compõem o Sistema Macroorganizacional e;
- Os Secretários Municipais de Saúde correspondem aos Gerentes das Microorganizações do Sistema Macroorganizacional.

A análise das informações oriundas das entrevistas e dos documentos foram sistematizadas em três unidades de análise, buscando caracterizar o funcionamento dos subsistemas que compõem a Teoria das Macroorganizações e o Sistema de Direção Estratégica do PES na região da 6ª CRS no Rio Grande do Sul. Assim, constituem-se

em unidades de análise deste estudo as seguintes regras de Macroorganização: a Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente; a Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações e a Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas por Resultados. Destacamos que estas unidades de análise não correspondem exatamente à nomenclatura e às características utilizadas por Matus, sendo, portanto, uma adaptação. Além disso, vale lembrar que a regra Departamentalização foi incorporada na regra de Direcionalidade, e que utilizamos, ao invés de Governabilidade (original no sistema de Matus), as palavras Descentralização e Autonomia, por julgarmos serem mais pertinentes às características do SUS.

Utilizamos de alguns elementos provenientes das idéias da Nova Administração Pública (Trosa, 2001), principalmente no que se refere à unidade Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas, ao se tratar do desempenho por resultados. As considerações feitas pelos autores utilizados na primeira parte deste trabalho (Rivera, 1995; Lima, 1996; Cecílio, 1997, 2000) também foram incorporadas ao nosso modelo de análise. Dentre as contribuições destes autores, estão, particularmente, a formulação da missão de Cecílio (2000), a importância do estabelecimento de espaços de comunicação na gestão, de Rivera (1995), e a importância da definição de objetivos, de Lima (1996).

O pressuposto básico do estudo é de que a qualidade da gestão de um sistema de saúde depende da qualidade e desempenho do conjunto dessas regras. Assim, em um sistema de baixa responsabilidade, onde não há exigibilidade do cumprimento dos compromissos assumidos, não haveria demanda por planejamento, a agenda do dirigente (que não planeja) seria repleta de problemas de baixo valor, e sua atenção estaria voltada para problemas emergenciais. Consequentemente o dirigente acumularia em sua agenda todos os problemas da organização e tenderia a centralizar as decisões. A centralização impediria o desenvolvimento de um sistema de gerência por operações, não haveria responsabilização dos níveis inferiores, o que não geraria demanda por planejamento. Os problemas que seriam de alto valor nestes níveis estão ocupando a agenda do dirigente, restando apenas problemas de baixo valor, que são processados rotineiramente (sem criatividade). Estas são, inclusive, as características que, ao nosso ver, predominam nos sistemas públicos, inclusive no setor saúde.

A partir das três unidades de análise, desagregamos as variáveis que compõem cada unidade e os aspectos a serem observados durante o trabalho de campo. Isto está apresentado no quadro 2:

Quadro 2 – Modelo de análise do sistema organizacional da gestão na região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde/ RS

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SISTEMA DE GESTÃO	VARIÁVEIS	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE
DIRECIONALIDADE	Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente	Missão Objetivos Formas organizacionais Tempo do dirigente Foco da atenção do dirigente Entorno do dirigente Processamento tecnopolítico	Missão definida coletivamente e compreensão e incorporação da missão pelos trabalhadores da organização Enunciado da missão apresentando os quatro elementos básicos: cliente, produto, características e resultados Existência de objetivos claros de curto, médio e longo prazos Definição dos objetivos levando em conta a participação dos vários atores da organização Estrutura organizativa para alcançar os objetivos coerente com a missão Tempo do dirigente voltado para questões importantes - relacionadas diretamente à missão da organização Agenda do dirigente privilegiando questões de importância para a missão da organização e não rotinas e emergências Foco da atenção do dirigente voltado para as prioridades de gestão e para a missão da organização Existência e funcionamento de unidade de processamento tecnopolítico de problemas ou semelhante Entorno do dirigente contribuindo para a racionalização agenda do dirigente (manter o tempo e o foco de atenção do dirigente voltado para as prioridades da gestão)
RESPONSABILIDADE	Sistema de Petição e Prestação de Contas	Sistemática da prestação de contas Contas prestadas publicamente Tipo de prestação de contas Forma de definição dos critérios de avaliação e acompanhamento Instrumentos utilizados Sistema de monitoramento Sistema de incentivo/punição	Existência de mecanismos formais de avaliação/ prestação de contas presentes no sistema regional de saúde Periodicidade da prestação de contas - se a prestação de contas é regular Prestação de contas por resultados (por desempenho) Responsáveis pelo processo de petição e prestação definidos e conhecidos Prestação de contas prestadas publicamente Utilização de indicadores de desempenho pela CRS para avaliar o sistema de saúde Informações consideradas relevantes e os critérios de avaliação conhecidos por todos antes da prestação de contas (grau de pactuação em relação aos resultados/indicadores e mecanismos de avaliação utilizados) Contas referem-se a compromissos concretos (resultados sobre problemas, realização de operações) Existência e funcionamento de um sistema de monitoramento Existência de incentivos e/ou punições, pela organização, de acordo com o alcance dos resultados Todos os atores estão sujeitos a prestação de contas

Quadro 2 – Modelo de análise do sistema organizacional da gestão na região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde/ RS (continuação)

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SISTEMA DE GESTÃO	VARIÁVEIS	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE
DESCENTRALIZAÇÃO E AUTONOMIA	Sistema de Gerência por Operações	Planejamento/plano Financiamento Alocação de recursos Participação no processo decisório Espaços de comunicação/negociação Gerência por produtos/ resultados	Envolvimento das SMS no processo de planejamento regional Metodologia adotada para o planejamento – grau de sistematização do planejamento Demanda por planejamento em todos os níveis da macroorganização CRS participando no auxílio ao planejamento dos municípios Forma de condução do plano – colocação em prática das operações – mecanismos utilizados para garantir a execução do plano Existência de mecanismos de representação e participação das SMS no sistema de gestão da CRS (e há envolvimento dos municípios no processo decisório das questões regionais) Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre os municípios e a CRS Como está o processo de descentralização da saúde na região – situação dos municípios em relação às condições de habilitação pela NOB 96 ou NOAS/ 01 Presença de estímulos à autonomia municipal - se a CRS desenvolve ações que permitem aos municípios exercerem os poderes a eles transferidos no processo de descentralização Forma de transferência de recursos da CRS para os municípios privilegiando a decisão local (dá autonomia aos municípios de decidirem aonde e como irão investir) Orçamento por programas

PARTE III
A PRÁTICA

III – Aproximando da realidade: Descentralização com ênfase na regionalização - desafios para a gestão do SUS

Antes da apresentação das análises feitas a partir das informações colhidas em campo, julgamos válido realizar algumas considerações quanto ao contexto atual da descentralização da saúde no Brasil. Para Hortale (1999), o termo descentralização apresenta elevado grau de ambigüidade, devido, principalmente à multiplicidade de conceitos e de atores sociais que a estaria utilizando. De fato, a descentralização vem sendo defendida tanto por movimentos mais progressistas, que apostam na descentralização como meio de democratizar o Estado, como por movimentos mais conservadores, que apostam na mesma enquanto um mecanismos de racionalizar custos e ganhar eficiência. Segundo Hortale (1999), a descentralização, enquanto ação voltada para a desconcentração de poder dos níveis centrais para os níveis descentralizados, pode ser ao mesmo tempo objetivo e resultado de uma política pública, extrapolando assim a esfera administrativa e alcançando a esfera política.

Tratando especificamente da descentralização da saúde no Brasil, dizemos que configura-se enquanto pano de fundo do nosso estudo, considerando que há uma necessidade de se reorganizar a gestão no nível regional para se alcançar maior eficácia na condução da regionalização da assistência, proposta atualmente pelo Ministério da Saúde através da NOAS SUS 01/2001.

A regionalização da atenção à saúde não representa uma novidade no campo da saúde coletiva. Segundo Muller e Possa (2001), já em 1920 o tema foi introduzido nas discussões sobre a organização dos sistemas de saúde, através do Informe Dawson, na Inglaterra.

No Brasil, é o Movimento da Medicina Comunitária que acolhe o termo com maior ênfase, apostando no seu potencial para maximizar a oferta de serviços de saúde. Esta maximização se daria graças à possibilidade de se organizar a assistência regionalmente, segundo níveis de complexidade.

Também o movimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), em especial na abordagem do Distrito Sanitário, tomou esta diretriz como imprescindível para a efetividade e eficiência das ações de saúde

Já em 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, consolidava-se a regionalização como fundamental na organização do sistema de saúde brasileiro. A

experiência das Ações Integradas de Saúde permitia, inclusive, realizar uma análise crítica com relação à implementação daquela diretriz, ao mesmo tempo em que se buscava reforçá-la enquanto estratégia. Isso pode ser observado na fala do então Ministro da Saúde Roberto Figueira Santos (1986:276) que, verificando o baixo impacto da regionalização sobre os serviços de saúde, tendo em vista o fato de a mesma ter se dado exclusivamente numa perspectiva político-administrativa, concluía: *Impõe-se repensar essa regionalização administrativa, transformando-a numa regionalização assistencial, que tenha como objetivo principal reorganizar os serviços e torná-los eficazes e eficientes.*

Aliás, a eficácia e a eficiência estão no cerne das discussões relativas à regionalização, uma vez que o modo pelo qual se deu o processo de descentralização no Brasil, polarizado entre o Ministério da Saúde e os municípios, favoreceu a falta de planejamento e organização na distribuição territorial dos serviços de saúde. Sem planejamento regional, é possível que se instalem equipamentos e serviços de saúde muitas vezes com capacidade de produção muito além das necessidades da população de certos municípios, como por exemplo, hospitais muito pequenos e pouco resolutivos em cidades de pequeno porte, que podem, muitas vezes, consumir um número considerável de Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs). Outra possibilidade são os investimentos feitos por pequenos municípios em equipamentos diagnósticos cuja capacidade é muito maior que a demanda de sua população, o que geraria ociosidade de tais equipamentos. O resultado, além da baixa resolutividade, seria o desperdício e a pulverização dos recursos.

Mas além da ineficácia e da ineficiência, a municipalização autarquizada traz como consequência a iniquidade, pois geralmente as diferenças no acesso entre as diversas regiões ou cidades são reflexo das diferenças na capacidade instalada de serviços de saúde dos municípios, que por sua vez, decorrem da heterogeneidade de capacidade econômica dos municípios e/ou regiões (Lima *et al*, 2002).

Pode-se verificar, ainda, outra consequência negativa deste modelo de municipalização: não houve um aumento de responsabilidade no interior do sistema correspondente à expectativa. A supervalorização da autonomia municipal, tendo como pano de fundo a tentativa de quebrar a tradição centralizadora e autoritária da organização dos serviços de saúde, impulsionada pelo movimento municipalista, não foi acompanhada de uma concomitante ‘cobrança’ quanto às ações realizadas e resultados alcançados. Tanto a fragilidade que assolou os estados quanto a força do movimento municipalista levaram a uma quase que total ausência de avaliação dos sistemas

municipais de saúde, contribuindo para uma cultura de baixa responsabilidade (no sentido da necessidade de prestação de contas). A esperança era, e continua sendo, de que com o comando deslocado para o nível local, o nível mais próximo da população, ocasionaria um controle maior desta sobre o sistema. No entanto, a abertura de espaços democráticos no interior do aparelho do estado, como são os conselhos de saúde, representava uma experiência muito nova, e não foram suficientes para garantir o controle sobre a gestão municipal.

Os municípios, muitas vezes, não prestam contas de suas atividades, e tão pouco são cobrados. Não possuem compromissos supramunicipais e isso pouco contribui para a construção de sistemas mais racionais e eficientes.

O reconhecimento da imaturidade dos setores de avaliação de sistemas municipais, por parte dos estados, suscitou, recentemente, a inclusão de estratégias de fortalecimento da gestão estadual (REFORSUS, NOAS), com ênfase na necessidade de estruturação dos setores de controle e avaliação.

É necessário romper com a cultura fragmentária, exigindo dos sistemas municipais (e dos demais também) maior responsabilidade, aliado à sua necessária e fundamental autonomia. Não se trata de um acompanhamento avaliativo punitivo (a busca do culpado), mas do estabelecimento de pactuações, de compromissos, com comprometimento de todas as partes envolvidas, uma vez que os estados não devem cobrar maior responsabilidade sem uma correspondente contrapartida, ou seja, cooperação técnica e financeira junto aos municípios. Mas é importante lembrar: autonomia não deve significar um *laissez-faire*.

No entanto, para que tal movimento ocorra, não basta a reestruturação da gestão municipal, torna-se necessário uma verdadeira transformação nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas suas instâncias regionais, instâncias de gestão enfraquecidas e muito burocratizadas, que não conseguem dar apoio aos municípios e gerenciar plenamente o sistema estadual de saúde.

Aliás, apesar de o processo de descentralização ter tido conseqüências inequívocas sobre a distribuição de competências entre os três níveis de governo, um outro resultado negativo produzido pela maneira como se deu o processo no Brasil foi o grande enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde.

Com a Constituição de 1988 houve um rompimento com a estratégia de descentralização vigente nos anos 80. Enquanto durante as Ações Integradas de Saúde e no Sistema Único e Descentralizado de Saúde a descentralização foi conduzida pelas Secretarias Estaduais, durante os anos 90 estes órgãos viram-se perdidos entre os dois

pólos fortes do sistema, O Ministério da Saúde, detentor da capacidade financeira e normatizadora e os municípios, foco dos processo de descentralização.

O enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e propiciou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e pela devolução da União diretamente aos municípios (Mendes, 1998:38).

Na descrição da experiência de gestão no Departamento Regional de Saúde (DR 5) de São Paulo, Luiz Cecílio, na época (1983 a 1987) diretor do Departamento, experimenta a implementação de um modelo de gestão mais participativo e democrático (amplamente ancorado na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional), e ressalta a importância do processo de descentralização através das AIS e do SUDS no desenvolvimento da proposta:

Estou convencido de que estímulos 'externos' como as AIS, inicialmente, e a política federal de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no momento seguinte, foram fundamentais no reordenamento do sistema e na viabilização de uma trajetória mais construtiva na perspectiva de viabilização de uma alternativa pública para a assistência à saúde da população (Cecílio, 1997:108).

Mas, como já anunciado anteriormente, a partir dos meados dos anos 90 o processo de descentralização vai divergir do processo formulado para o SUS (Viana, 1995). Segundo esta autora, haveria dois tipos de descentralização, a planejada e a caótica. A primeira envolveria uma passagem gradativa, pactuada e progressiva de funções e recursos dos níveis centrais para os locais, seria a proposta formulada para o SUS. A segunda, que de fato ocorreu segundo a autora, caracteriza-se pela substituição abrupta de recursos federais por orçamentos estaduais e municipais, sem uma atualização ou redefinição de atribuições das esferas governamentais.

Os primeiros anos de SUS passaram por seríssimos constrangimentos no nível federal, chegando a reduzir-se em termos absolutos no período 1990 e 1992 (Viana, 1995). Além disso, estudos apontam para a insuficiência destes recursos durante todo o decorrer da década:

Por outro lado, uma leitura um pouco mais apurada indica que, se forem descontados as despesas financeiras e os restos a pagar, em 1997, o volume de recursos efetivamente disponível para as ações e serviços da área da saúde foi inferior ao de 1995. Mesmo se for considerado o total de recursos disponível para a área da saúde (incluindo despesas financeiras e restos a pagar), ele é considerado

insuficiente, de forma que o gasto federal per capita é extremamente baixo quando comparado aos níveis praticados internacionalmente (Marques, 1999).

No que diz respeito às indefinições dos papéis entre esferas de governo, que de fato ocorreram, principalmente no início da década, cremos que a edição das normas operacionais, mesmo considerando seu caráter excessivamente normatizador, foram gradativamente superando falhas e fazendo com que hoje, mesmo não havendo plena definição dos papéis de cada esfera (se é que isso é possível numa federação), já se tenha maior clareza em relação a este processo. Afinal, cremos que algumas indefinições e mesmo contradições sejam inerentes a um processo tão complexo quanto o da descentralização da saúde num país federativo num período de tempo de 14 anos.

Mesmo não caracterizando como “caótico” o processo de descentralização, é importante destacar alguns obstáculos que somam-se àqueles dos constrangimentos no financiamento. Vale citar a maneira tutelada como o Ministério da Saúde conduziu a descentralização, mantendo, através da centralização dos recursos financeiros, as rédeas dos municípios em suas mãos. A forma de financiamento adotada pelo Ministério, contrariando o previsto no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde de 1990, condiciona a liberação de recursos à adesão, por parte dos municípios, a programas definidos centralmente como estratégicos. Assim, os municípios passam a arcar com um número maior de atividades sem repasse correspondente de recursos por parte do Governo Federal e Estadual, além disso, têm sua autonomia limitada. Um exemplo é a quase que obrigatoriedade, determinada pela forma de alocação de recursos, de aceitar um determinado modelo de atenção à saúde (Programa de Saúde da Família) independentemente das necessidades reais vivenciadas no nível local.

Mas, retomando a discussão acerca da função dos estados, com enfraquecimento do papel deste nível de governo na gestão do SUS perdeu-se a dimensão da regionalização, ainda que muitos municípios tenham buscado alternativas através dos consórcios intermunicipais. No entanto, este arranjo organizacional do SUS se deu de forma muito heterogênea, também devido à incapacidade reguladora dos estados.

Autores como Costa *et al* (1999), identificaram dois problemas centrais que determinariam as incertezas sobre a eficiência e a efetividade da descentralização, são eles: a pouca capacidade de controle dos cidadãos sobre as decisões dos administradores públicos e o papel das instâncias regionais.

Com relação ao último problema, destacam as propostas de fortalecimento dos estados e a criação de sistemas regionais de serviços de saúde, feitas por Mendes (1998). No entanto, identificam como um problema dessa proposta o descarte da livre associação entre os municípios, que segundo os autores, apresentariam uma série de vantagens comparativas.

Para Costa *et al* (1999), os modelos de regionalização coordenados pelas secretarias estaduais de saúde no passado, principalmente nos anos 80, geraram um modelo organizacional com grande hierarquização, e que submetia as secretarias municipais ao controle das autoridades regionais. De fato, em geral, as instâncias regionais de gestão do SUS tem sido apontadas como bastante burocratizadas (Mendes, 1996, 2001; Cecílio, 1997).

Deste modo, Costa *et al* (1999.) acreditavam que o desfecho final da regionalização seria através da livre associação dos municípios através dos consórcios, uma vez que a regionalização desenhada a partir dos estados geraria descontentamento dos municípios devido à perda de autonomia. Assim, referindo-se ao processo de condução da regionalização, os mesmos autores afirmavam: *A reestadualização do sistema não parece ser uma forte tendência no SUS.*

Contrariando a previsão dos autores acima, em janeiro de 2001 o Ministério da Saúde lança a sua Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001), reeditada em março de 2002, cujo eixo principal é a regionalização da assistência. Já na introdução a Norma anuncia que a responsabilidade pela condução de tal processo é das secretarias estaduais de saúde:

... para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.

Deste modo, ocorre um processo de (re)centralização de poder nos estados, pelo menos no que diz respeito à coordenação da regionalização. Ao nosso ver, a definição dos estados como condutores deste processo é salutar ao SUS, pois ao mesmo tempo em que permite a condução por quem tem a capacidade técnica de identificar problemas no nível supra-municipal, reorienta e qualifica o papel dos estados na gestão do sistema ...

deslocando cada vez mais essa esfera das funções de prestação direta de serviços e de relação com prestadores, para as funções de

formulação de políticas e planejamento/ programação estadual, coordenação e regulação intermunicipal, controle e avaliação sistêmicas – incluindo análises de resultados de impacto das ações de saúde – e capacitação e apoio técnico aos municípios (Souza, 2001:455).

Mesmo concordando que os estados devem se ocupar prioritariamente das funções de regulação e coordenação do sistema estadual, acreditamos ser importante que isto não signifique um abandono total de suas funções de prestador. Isto porque muitas vezes esta sua função poderá ser vital para que ele consiga exercer as demais, pois será dotado de maior capacidade de negociação quando tiver a possibilidade de apostar numa integração para trás, ou seja, demonstrar que possui capacidade para realizar determinado serviço por conta própria caso algum prestador recuse-se a oferecê-lo.

No que diz respeito às possíveis desvantagens apontadas por Costa *et al* (1999.) na regionalização conduzida pelos estados, acreditamos que a inflexibilidade e perda de autonomia dos municípios não sejam, necessariamente, decorrência do fato de ser o gestor estadual o condutor do processo. Ao nosso ver, a maneira como a regionalização será conduzida depende, basicamente, da postura política adotada pelo gestor estadual. Assim, os estados tanto podem adotar uma posição normatizadora e verticalista quanto adotar uma postura democrática e de pactuação junto aos municípios.

Mas, com a NOAS, ocorre um certo engessamento dos estados e municípios, uma vez que a Norma traz um “modelo” de regionalização pré-definido, deixando pouca margem para movimentação dos demais entes federados. A maneira pela qual o Ministério busca regular a organização da assistência não foge ao modo pelo qual vem operando na década de 90, ou seja, com excessiva normatização dos meios. Por isso, muitos estados e municípios viram-se atropelados por esta Norma, tanto que muitos estados já vinham desenhando e implementando suas políticas de regionalização.

De qualquer forma a NOAS coloca como objetivo construir sistemas funcionais de saúde e, para tanto, aposta na organização da assistência à saúde em módulos-assistenciais e microrregiões, buscando estabelecer fluxos de referência e mecanismos de regulação capazes de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde capazes de dar resolução aos seus problemas, independentemente do nível de complexidade necessário.

Deste modo, (re)surge um “novo” *locus* privilegiado de gestão do SUS: a região de saúde. Para Oliveira (1995): *A organização do SUS é, do ponto de vista de sua racionalidade, necessariamente intermunicipal, ou seja, a célula do sistema não são os*

municípios isolados, mas a região sanitária. O grande desafio gerencial e técnico do processo de municipalização hoje é realizar essa integração regional.

De fato, estamos diante de um desafio gerencial. Há urgência na reforma das estruturas organizacionais e de gestão dos órgãos gestores regionais, pois o processo histórico das políticas de saúde no Brasil deu origem a estruturas bastante burocratizadas e, após os anos 90, em crise de identidade. Por isso, o paradigma organizacional destas estruturas deve ser transformado.

Segundo Mendes (1996), houve diferentes modelos sanitários no País ao longo do tempo, sendo que a cada um destes modelos corresponderia um determinado paradigma organizacional, ou seja, uma determinada estrutura organizativa do sistema de saúde. Os paradigmas organizacionais que vigoraram no Brasil foram, segundo o autor, o paradigma central verticalista e o paradigma horizontal desconcentrado.

O primeiro caracterizou-se por grande centralização administrativa, forte departamentalização, ações definidas centralmente e executadas verticalmente e ênfase nas ações do tipo campanhistas de saúde pública. Este modelo organizacional vigorou no início do século XX, no modelo sanitário que se convencionou chamar sanitário campanhista. O segundo, o paradigma horizontal desconcentrado, teria derivado do modelo médico-assistencial privatista, decorrente da forma de organização da medicina previdenciária a partir, principalmente, da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão em 1966, e se caracterizaria por centralização normativa; execução desconcentrada das ações normalizadas centralmente; permanência de ações campanhistas; controle baseado em processos e não em resultados; nítida divisão de trabalho entre o complexo Ministério da Saúde/ Secretarias Estaduais e Municipais, que realizavam atividades de atenção básica e de saúde pública, e a Previdência Social, responsável pela atenção médica curativa individual, prestada pelo setor privado.

Mendes, baseando-se no Postulado de Coerência de Mário Testa, que diz que a viabilidade de qualquer proposta irá depender da coerência entre três elementos fundamentais: os propósitos de governo, os métodos de planejamento e a organização (Testa, 1992), afirma que nos casos acima descritos haveria tal coerência, ou seja, a maneira como estavam estruturadas as organizações no interior do sistema nacional de saúde era coerente com os propósitos então colocados: realizar campanhas de saúde pública com vistas a sanear os portos e cidades visando garantir exportação no primeiro caso e; expandir a assistência médica individual curativa através do setor privado, no segundo.

No entanto, parece haver uma certa inadequação entre os métodos e estruturas ainda vigentes nas organizações de saúde (Mendes, 1996), sejam elas serviços (hospitais, centros de saúde) ou sistemas de saúde (nacional, estaduais, regionais ou municipais) e a proposta colocada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, expressa nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Assim, as rápidas e profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro com o advento do Sistema Único de Saúde não foram acompanhadas por correspondentes mudanças nos **métodos** e **estruturas** das organizações de saúde, que permaneceram os mesmos vigentes no paradigma horizontal desconcentrado¹¹. De fato, uma rápida olhada para o interior das organizações públicas de saúde irá evidenciar arranjos organizacionais bastante inflexíveis, com hierarquia rígida e com gestão baseada na centralização decisória, na comunicação vertical, na separação entre os que elaboram e os que executam as políticas e ações de saúde, enfim, ainda bastante influenciados pelo modelo ou paradigma burocrático. O SUS, para fazer de seus princípios e diretrizes uma realidade, não poderá conviver com organizações com tais características, exigindo uma transformação nestas organizações e na forma de geri-las.

Um exemplo de estruturas do SUS que seguem esta lógica (burocrática), são as instâncias gestoras dos sistemas regionais de saúde que segundo Mendes (1996) e Cecílio (1997) constituem-se, atualmente, em instâncias rígidas, quase sem função, a não ser como repassadores de papel dos níveis centrais para os municípios e espaços de barganha política. No entanto, como visto anteriormente, há um certo consenso quanto à importância da organização da atenção à saúde no âmbito regional, visando a consolidação de um processo de descentralização sem a perda da eficácia, eficiência e da equidade. A edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001) pelo Ministério, que busca imprimir maior racionalidade ao Sistema de Saúde brasileiro, através da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, comprova esta acertiva.

Estas exigências do processo de descentralização põem em cena a região como um outro *locus* importante de gestão do SUS, responsável por articular e coordenar a atenção à saúde no nível supra-municipal em cooperação com os municípios, exigindo, assim, uma verdadeira transformação nas estruturas gestoras regionais (DIRES's, DRS's ou CRS's).

¹¹ O paradigma organizacional mais coerente com a proposta do SUS seria, para Mendes, o paradigma estratégico descentralizado, caracterizado pela descentralização, pela decisão colegiada, pelo controle dos resultados e da qualidade da atenção, por estruturas mais flexíveis e por maior focalização da atenção sobre o "cidadão-cliente", pela organização orientada por problemas, por maior autonomia, entre outras.

Diante destas constatações, os desafios colocados para a administração pública, garantir a missão primária de produzir saúde, romper as barreiras do controle hierárquico e combinar descentralização e autonomia com responsabilidade, adquirem hoje um caráter emergente no âmbito regional para se pensar no avanço do SUS no Brasil.

IV - Gestão do sistema de saúde da região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

Para analisarmos o sistema de gestão da região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde elaboramos, tomando como referencial para análise o Sistema de Direção Estratégica do PES, um quadro contemplando três categorias de análise atreladas a três sistemas de gerência, conforme visto na descrição do caminho metodológico deste trabalho. As três categorias são: Direcionalidade (Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente); Responsabilidade (Sistema de Petição e Prestação de Contas); e Descentralização e Autonomia (Sistema de Gerência Descentralizada por Operações).

Para cada uma destas categorias definimos as variáveis a serem estudadas e os aspectos a serem observados. Procuraremos expor os resultados do trabalho de campo a partir daquelas três categorias, adotando uma abordagem mais discursiva, possibilitando uma análise mais abrangente e maior compreensão.

IV.1. Direcionalidade/ Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente

A questão da direcionalidade está diretamente relacionada à missão e aos objetivos da organização. A maneira como estes são definidos e implementados é um aspecto importante e, ao nosso ver, ponto de partida para qualquer avaliação ou análise que se pretenda realizar sobre gestão. A seguir daremos início à análise realizada na 6ª Coordenadoria, levando em conta principalmente o modo como se deu a definição da sua missão e objetivos e como a Coordenadoria se estruturou para concretizá-los.

Além disso, importante ênfase será dada à análise do tempo e do foco da atenção dos dirigentes, buscando identificar quais as características que possui o sistema de configuração de suas agendas, buscando relacioná-las com a missão e os objetivos da organização. Ou seja, buscaremos identificar se o foco da atenção e o tempo dos dirigentes estão de fato voltados para questões importantes relacionadas à missão e aos objetivos da Macroorganização.

IV.1.1. Uma missão, nenhum objetivo

Como visto anteriormente, as organizações públicas de saúde devem a sua existência a

uma demanda da sociedade, elas somente existem para resolver determinados problemas relativos à população em geral, produzindo bens e principalmente serviços. Uma organização pública somente desempenha eficazmente sua missão se é capaz de produzir resultados que rompam com a barreira do auto-abastecimento e entregar à população uma obra, uma lei, um serviço, que atenda às suas necessidades.

Compreender esta questão é fundamental para as organizações públicas e ajuda a formular e pensar a missão do serviço ou empresa. Assim, para uma organização, ou Macroorganização no nosso caso, desempenhar bem sua missão são necessários, ao nosso ver, pelo menos três elementos essenciais: a) que a definição da missão seja clara; b) que seja compartilhada e incorporada por todos os espaços da organização e c) que a estrutura organizativa seja coerente com a missão.

O enunciado da missão deve expressar claramente qual o papel da instituição no sistema, qual o motivo da sua existência, evitando ser demasiado genérico e não deixando margem para diferentes interpretações. Assim, deve ficar claro ‘o que’, ‘para quem’, ‘como’ e ‘para que’ a organização atua.

Estes quatro elementos: produto, cliente, características e resultados, respectivamente, são fundamentais para a construção da missão, permitindo explicitar sem ambigüidades a singularidade e o compromisso da organização para com a sociedade (Cecílio, 2000).

Um documento importante da 6ª CRS é o Relatório de Planejamento, realizado em 16/09/1999, início da gestão, onde foram definidas as diretrizes políticas da organização. Esse planejamento contou com a participação apenas da equipe dirigente da 6ª CRS (Coordenador Regional, Coordenador Adjunto e Coordenadores de Setores) e será mais explorado quando tratarmos do processo de planejamento na região. No momento, interessa resgatar como foi definida a missão naquele momento: *“Construir uma defesa sanitária em defesa da vida, com participação e controle social, através de apoio técnico, político e financeiro aos municípios no processo de descentralização e implantação do SUS”*.

Como podemos observar, este último documento esclarece qual o compromisso e papel da 6ª CRS. Da mesma forma, as falas dos entrevistados são convergentes com aquele enunciado e semelhantes entre si. A fala do Coordenador sintetiza bem a visão que os atores têm da missão da 6ª CRS:

“A missão de fato da coordenadoria era poder garantir que pudesse ser implantado o SUS a partir dos municípios, de uma forma descentralizada, de uma forma ascendente, articulando, cada

município podendo dar conta de sua responsabilidade, fazendo a articulação a partir das necessidades” Coordenador Regional de Saúde.

Tanto a missão expressa nos documentos da 6ª CRS quanto as falas dos entrevistados deixam explícitas as intenções e funções da Coordenadoria no sistema regional. É possível identificar nos enunciados acima os elementos constitutivos de uma missão conforme visto anteriormente:

Produto: assessoria técnica, política e financeira aos municípios.

Cliente: municípios da região da 6ª Coordenadoria.

Características: de forma descentralizada, ascendente e com controle social.

Resultado: implantação efetiva do SUS na região.

Além da clareza, a missão da 6ª CRS assim formulada atende à exigência de Matus de que a missão deve estar condicionada à demanda colocada pela sociedade. Tal demanda, no caso da 6ª CRS, consiste na necessidade de apoio às secretarias municipais de saúde da região, em geral bastante pequenas e com déficit de capacidade técnica e administrativa.

Em relação ao segundo item que destacamos ser importante quando se trata de discutir missão, a sua compreensão e incorporação por todos os membros da organização, podemos afirmar que este foi um dos aspectos mais trabalhados no decorrer da atual gestão. Uma das principais preocupações da equipe dirigente foi justamente ampliar para o conjunto dos trabalhadores as discussões sobre o papel que a Coordenadoria tinha a desempenhar no sistema de saúde da região.

Embora a missão, tal como colocada anteriormente, tenha sido formulada num primeiro momento apenas pela equipe dirigente da 6ª CRS, conforme observamos na análise do Relatório de Planejamento de 1999, onde participaram apenas os dirigentes, ela passou a ser alvo de discussões em um segundo processo de planejamento que envolveu todos os funcionários da 6ª CRS no ano seguinte. Além disso, a missão também foi apontada nos relatórios desse processo de planejamento, ainda que não exatamente da mesma forma, o que nos leva a crer que houve o envolvimento de todos os funcionários da Coordenadoria.

Além da busca de se construir a missão da 6ª CRS logo no início da gestão, fundamental para dar início às ações que levariam à consecução da mesma, é importante destacar que as discussões sobre a missão da Coordenadoria se deram permanentemente ao longo dos três anos e meio de gestão¹², o que permitiu a incorporação da missão por

¹² Tempo decorrido até o início da redação deste trabalho.

praticamente todos os setores e pessoas. Esta afirmação é confirmada tanto pela presença das discussões sobre a missão nos relatórios de planejamento do ano de 2000 (onde participaram todos os funcionários) quanto pelas entrevistas, como pode ser observado na fala do Coordenador de Administração da 6ª CRS, descrita abaixo.

Logo no início da gestão, após a definição da missão, a 6ª CRS promoveu uma reforma na sua estrutura gerencial, buscando organizar-se internamente para alcançar a missão referida, ou seja, buscando ampliar a sua capacidade de assessorar os municípios de forma descentralizada e com controle social. Essa reforma foi alvo de discussões com os vários setores e atores da 6ª CRS.

“Prá isso [alcançar a missão] nós construímos na própria regional um espaço de trabalho, de debates internos que permitissem fazer um diagnóstico mais preciso de o que a Coordenadoria Regional deveria fazer para dar conta disso.”
Coordenador Regional de Saúde.

Uma prova da preocupação de que todos internalizassem o papel da Coordenadoria no sistema foi o modo como se deu o processo de planejamento inicial, ao qual se seguiram inúmeras reuniões cuja pauta privilegiava temas relacionados ao SUS e à própria 6ª CRS. Nessas reuniões todos os funcionários participavam, inclusive os funcionários de “apoio”, comumente excluídos dos processos de formulação e decisão nas organizações.

“São as pessoas que vieram de outros órgãos e que cumprem uma função mais burocrática, mas todos se desafiando a comporem essa equipe e poder tanto se capacitarem para serem sujeitos do processo de construção de um sistema de saúde e também poderem capacitar os municípios do ponto de vista de sua gestão” Coordenador Regional de Saúde.

O próprio Coordenador de Administração é mais elucidativo do quanto a missão foi incorporada pelos funcionários da 6ª CRS, pois coordena justamente o setor “meio” da Coordenadoria:

“... ele tem que acreditar no sistema em que ele está para poder defender, e então foi trabalhado várias vezes nesse sentido, e faz reunião, e traz pessoas para atuar nesse sentido, e isso foi uma colocação do planejamento estratégico, que primeiro nós tínhamos que ter essa compreensão, para depois poder convencer os outros”
Coordenador de Administração.

Assim, podemos dizer que a conformação da missão da 6ª CRS, que era inicialmente clara nas cabeças das pessoas da equipe gestora, se deu através de debates

com o conjunto dos servidores logo no início da gestão e desenvolveu-se durante o decorrer de todo o período, sendo permanentemente reforçada, principalmente pelos coordenadores.

“Quando tu me pergunta se todo o conjunto da Coordenadoria está comprometido, eu acho que não, mas nós temos uma grande maioria de funcionários que consegue compreender qual é o nosso objetivo, consegue compreender os eixos, compreendem assim as nossas deficiências, as nossas falhas, enfim, e conseguem compreender todo o processo, e foram se incorporando ao processo” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Esse esforço no sentido da capacitação do pessoal através da incorporação da missão foi fundamental para o desenvolvimento das ações da 6ª Coordenadoria, pois permitiu uma certa homogeneidade na concepção da organização e o estabelecimento de uma relação diferenciada junto aos municípios, no sentido de se colocar de fato à disposição destes para colaborar na construção do SUS.

Pudemos observar que este trabalho somente foi possível devido à determinação da equipe dirigente, que apostou na construção coletiva do trabalho da Coordenadoria. Além disso, era esta equipe que detinha, inicialmente, maior compreensão acerca do papel a desempenhar, embora também estivessem aprendendo, conforme suas próprias palavras: *“E eu acho que foi bem esse processo de construção mesmo sabe, nós fomos nos ajudando e nos entrosando entre nós e estudando e trocando idéias e participando de reuniões do nível central”* Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Apesar de ainda estarem “aprendendo”, o contato com o nível central da Secretaria Estadual de Saúde, formuladora de uma série de propostas inovadoras para a gestão do SUS, a qualificação que detinha este grupo e a determinação na implementação de uma nova proposta para a 6ª Coordenadoria, fez com que a equipe de coordenação fosse a grande responsável pelas mudanças ocorridas na organização, principalmente no que diz respeito à sua missão.

Para encerrarmos esta primeira discussão sobre a missão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, resta analisarmos o terceiro ponto relevante que destacamos inicialmente, a relação entre a missão e a estrutura organizacional para desenvolvê-la.

Vale lembrar que Matus (1996:342) inicialmente inclui esta relação na discussão das regras de departamentalização, que *estabelece uma correspondência entre a diferenciação de missões e a diferenciação de organizações*. No entanto, no momento

da configuração dos sistemas de gestão decorrentes das regras, o autor incorpora este elemento ao Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente. Rivera (1996) sugere que tal conduta se deve à forte vinculação entre as duas primeiras regras (Direcionalidade e Departamentalização).

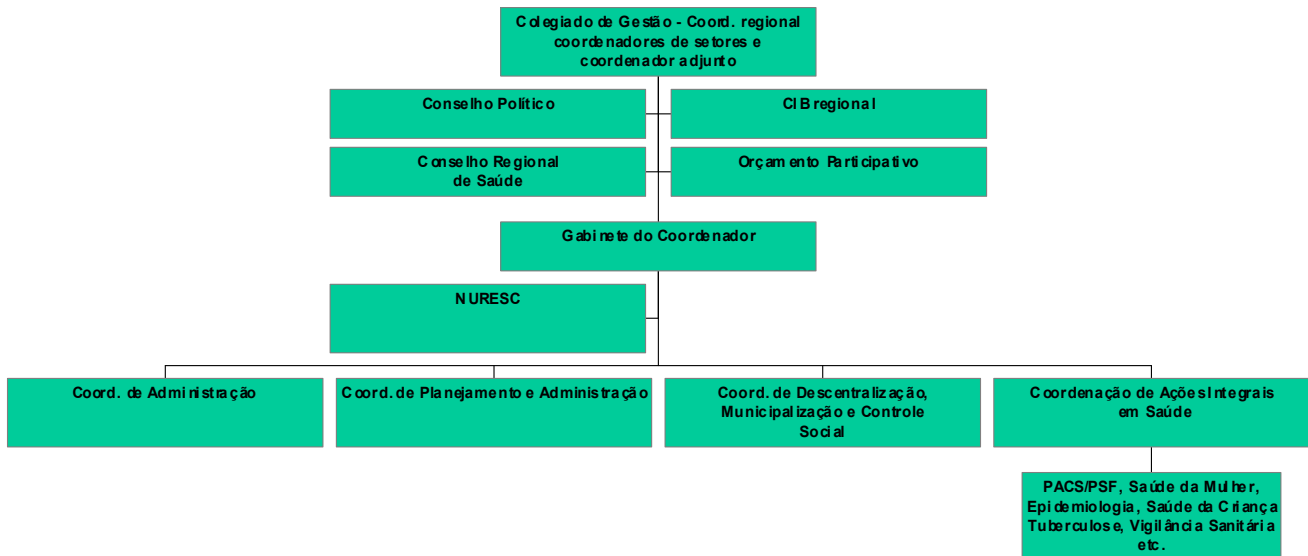
Como dito anteriormente, a 6ª Coordenadoria incorporou a missão de cooperar técnica e financeiramente com os municípios para construir um sistema de saúde mais eficiente a partir do nível local. Para tanto, arquitetou um determinado arranjo organizacional capaz de dar conta da referida missão. A 6ª CRS é a única das 19 Coordenadorias Regionais existentes no Rio Grande do Sul que possui uma estrutura gerencial diferenciada.

Enquanto nas demais Coordenadorias do Estado existem três coordenações¹³: Coordenação de Ações Integrais em Saúde; Coordenação de Planejamento e Regulação e Coordenação de Administração, a 6ª Coordenadoria Regional, preocupada em “*Criar uma estrutura capaz de dialogar com os municípios*”, segundo as palavras do Coordenador, instituiu uma nova coordenação: a Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social. Este novo Setor surgiu do desmembramento de funções anteriormente concentradas na Coordenação de Planejamento e Regulação, acrescido de novas responsabilidades, como por exemplo, o fortalecimento do controle social.

O organograma previsto para o órgão gestor do sistema regional de saúde era bastante avançado, prevendo a articulação de várias estruturas representativas de apoio à gestão, como o Conselho Regional de Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite Regional, entre outras, o que mostra a disposição inicial para se construir uma gestão compartilhada na região, coerente com a missão que se dispunha perseguir. O organograma montado inicialmente está expresso na figura 3, abaixo:

¹³ A esses três setores acresce-se um núcleo regional de estudos em saúde coletiva (NURESC), implantado a partir desta gestão

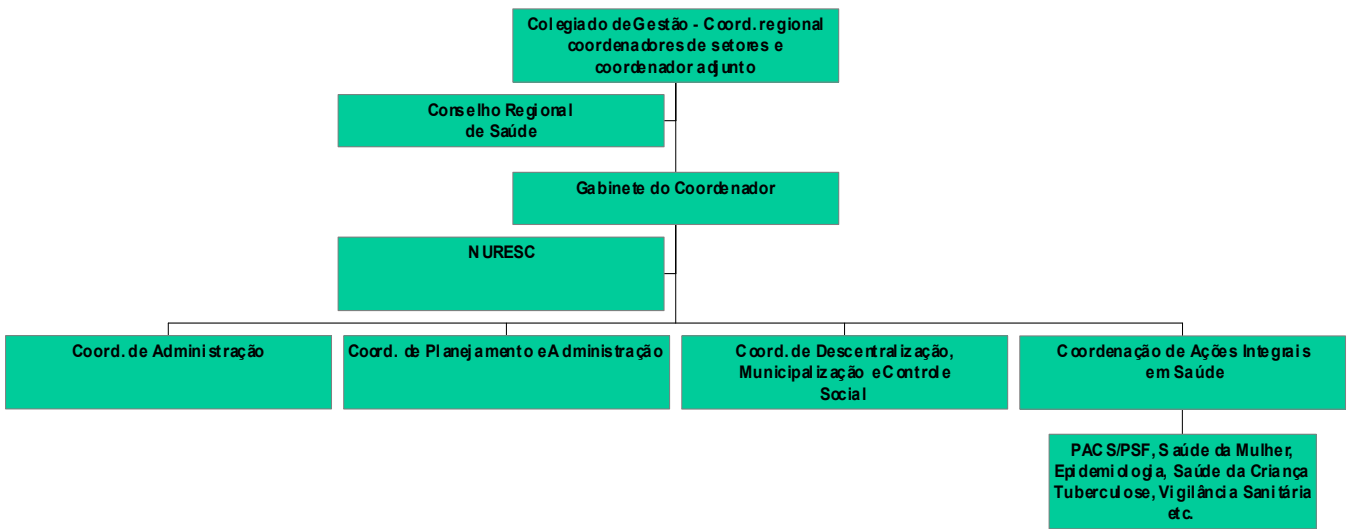
Figura 3 - Organograma inicial da gestão da 6ª Região de Saúde



De fato a 6ª Coordenadoria deu início à gestão do sistema de saúde com esta configuração organizativa. Constituindo uma CIB regional, órgão de pactuação, com a participação dos gestores municipais; fortalecendo o Conselho Regional de Saúde; estreitando as relações com o Orçamento Participativo da Região e; organizando um Conselho Político, formado por coordenadores da CRS que tinham Cargo de Confiança, mais Secretários Municipais de Saúde de municípios cuja administração era de partidos que compunham a Frente Popular no Estado (Frente que elegeu Olívio Dutra Governador em 1999), mais representantes de movimentos sociais ligados a sindicatos, movimentos populares.

Esta estrutura de gestão teve funcionamento durante o primeiro ano de gestão, tendo o Conselho Político sido extinto primeiramente, no final do primeiro ano, e a Comissão Intergestores Bipartite Regional permanecido por mais alguns meses. A relação com o Orçamento Participativo continuou, mas numa relação mais de parceria do que como parte da estrutura gestora do SUS na região. Deste modo, a organização da gestão funcionou, na maior parte do tempo conforme a estrutura apontada na figura 4, que foi montado por nós com base no Relatório de Planejamento, datado de 16/09/1999 da 6ª Coordenadoria.

Figura 4 - Organograma final da gestão da 6ª Região de Saúde



Os objetivos de cada estrutura constitutiva dos organogramas e os motivos que levaram a modificações serão analisados ao tratarmos sobre a questão da descentralização e autonomia, mais adiante. No momento, interessa-nos verificar a relação entre missão e organização.

O processo de produção resulta do modo como é dividido e coordenado o trabalho, que costumeiramente é expresso na forma de um organograma. É bem verdade que os organogramas ocultam os microprocessos de trabalho, como os atos de fala, as reuniões, as tarefas, mas servem bem para expressar o modo de (macro)funcionamento da organização. Muitas vezes percebemos total incoerência entre a missão estabelecida pela organização e o modo como estruturam-se as práticas de trabalho no seu interior. Isso é válido especialmente para as organizações de saúde que comumente subdividem-se de acordo as categorias profissionais (corpo clínico, enfermagem, psicologia ...) ou pelas especialidades médicas (pediatria, oncologia, nefrologia ...), o que fragmenta a ação e submete os usuários a uma sucessão de intervenções descoordenadas que dificultam a sua recuperação.

No entanto, a 6ª Coordenadoria apresenta grande coerência entre a missão que se propõe perseguir e o modo como procurou dividir e coordenar o trabalho. Em primeiro lugar pela criação de um novo setor capaz de aproximar a 6ª CRS dos municípios, conforme observado nos documentos.

As palavras do Coordenador, além da missão colocada para este setor nos documentos, ajudam a compreender a intenção da CRS ao criar a nova coordenação:

“Nós aqui na Regional nós subdividimos a parte de Planejamento em duas, uma então que pudesse dialogar numa perspectiva solidária com os municípios, que a gente chamou de Descentralização, Municipalização e Controle Social, estabelecendo esta relação parceira com os municípios, de assessoria de fato à implantação do sistema ...” Coordenador Regional de Saúde.

De fato, como será discutido adiante, a criação da Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social deu à Coordenadoria a possibilidade de maior interlocução com os municípios sob o ponto de vista da gestão do sistema. Conseqüentemente a 6ª CRS passou a acompanhar e apoiar os gestores municipais de maneira mais próxima.

Em segundo lugar, devemos destacar o caráter compartilhado pensado para a gestão inicialmente, agregando gestores municipais de saúde, movimentos sociais, Coordenadoria, Conselho, entre outros. Ainda que não tenha sido plenamente implementada esta estrutura, a que permaneceu nos parece bastante potente para democratizar a gestão, uma vez que no Conselho estão presentes os diferentes segmentos ligados à área da saúde.

Esta reforma na estrutura organizacional pela qual passou a 6ª CRS se deu em virtude da necessidade de adequar o processo de produção da Coordenadoria à demanda colocada pelos municípios e à missão assumida pela organização, uma vez que de uma maneira compartilhada torna-se mais possível assessorar os municípios de uma forma descentralizada, ascendente e com controle social.

Além da missão da Coordenadoria como um todo, foi possível localizar na documentação pesquisada as missões de cada setor especificamente:

Gabinete: *“Coordenar o conjunto das ações da 6ª CRS, estabelecendo a relação como os servidores, os municípios e o nível central da Secretaria Estadual de Saúde”.*

Ações em Saúde: *“Implantar ações integrais de saúde em todos os municípios a partir dos indicadores epidemiológicos locais”.*

Descentralização, Municipalização e Controle Social: *“Construir o processo de descentralização, municipalização e Controle Social”*

Planejamento e Regulação: *Reorganizar, construir e regular a rede assistencial no SIA e no SIH”.*

Administração: Implementar uma política administrativa que permita o funcionamento do conjunto das ações da 6ª CRS, que seja eficaz, transparente e munidas de informações”.

Com base nas falas dos entrevistados e nos relatórios do planejamento realizado em 2000, é possível verificar que, assim como a missão da CRS, as Coordenações construíram suas missões de modo participativo, sendo que num primeiro momento os coordenadores tiveram um papel destacado. Isto porque, como dito anteriormente, os coordenadores detinham melhor compreensão do processo e possuíam um projeto, ainda que não plenamente estruturado naquele momento. Observamos um movimento de cima para baixo, onde os coordenadores foram estimulando e quebrando resistências, buscando assegurar uma construção democrática.

Mas vale ressaltar que o papel desses coordenadores foi não de definir centralmente a missão e impô-la aos demais trabalhadores. Houve uma aposta na construção conjunta e na capacidade de incorporar a missão da 6ª CRS.

Assim, cada coordenador articulou debates e discussões internamente, ainda que nem sempre de forma regular e sistemática, mas permanente, na tentativa de agregar os trabalhadores e “ganhá-los” para a construção e desenvolvimento de um novo projeto.

Dizemos novo porque a partir de um levantamento preliminar sobre a situação da Coordenadoria, feito a partir de entrevistas com o Coordenador Adjunto, que está há mais de 15 anos na organização, foi possível verificar que a Coordenadoria tinha, como ainda é comum verificarmos nas estruturas regionais dos estados, um papel burocratizado, servindo apenas como repassadora de papel do nível central para os municípios, sem condições de implementar uma política de construção do SUS de maneira regionalizada.

“Então a delegacia ela tinha um papel bastante assim, como dizer, bastante ineficiente, não sei se é essa a palavra, mas era mais burocrática né, mais assim, surgiu um termo agora nessa nova administração: era despachante” Ex-Coordenador Adjunto.

Associa-se a isso a própria perda de identidade dos estados no setor saúde, decorrente do modelo de descentralização adotado no País, tendo os municípios como local privilegiado de desenvolvimento das práticas em saúde e o Ministério da Saúde como grande financiador e formulador das políticas, mais o caráter centralizador das Secretarias Estaduais de Saúde em relação às suas instâncias descentralizadas, e

poderemos ter uma idéia do modo como vinham funcionando as Coordenadorias Regionais de Saúde.

Ainda conforme o relato do Coordenador, esta situação da Coordenadoria se refletia nos servidores, que não apresentavam motivação alguma para o desenvolvimento do trabalho, ficavam engessados numa prática rotineira de distribuição de vacinas, encaminhamento de processos e repasse de informações.

“A idéia que se tinha na época era de que a Coordenadoria ia acabar, o pessoal estava esperando que as Coordenadorias iam acabar” Ex-Coordenador Adjunto.

Isso ajuda a compreender por que os coordenadores tiveram um papel destacado na definição da missão da 6ª CRS, definindo-a, inicialmente, de forma centralizada e difundindo-a e discutindo-a de modo participativo num segundo momento. Eram poucas as chances de uma proposta de mudança do tipo de baixo para cima como uma situação tão desfavorável do ponto de vista dos recursos humanos. Ao mesmo tempo, os coordenadores eram pessoas novas, qualificadas, que apostavam numa outra prática de trabalho e que buscaram o envolvimento de todos.

Agora, tendo verificado as questões relacionadas à missão da 6ª Coordenadoria e antes de analisarmos o Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente, gostaríamos de abordar outro ponto importante na discussão sobre a Direcionalidade: os objetivos.

Como se viu na discussão sobre o Sistema de Direção Estratégica e Novo Gerenciamento Público, não nos parece possível gerenciar na ausência de objetivos. Além disso, a tendência é de que cada vez mais estes objetivos sejam expressos em forma de resultados desejados, sejam produtos (*outputs*) ou impactos (*outcomes*).

Sem objetivos claros fica difícil definir prioridades e fazer escolhas. Além disso, dificulta a reflexão sobre se aquilo que se está fazendo continua importante e adequado para a clientela.

Assim, em relação à 6ª Coordenadoria pudemos observar:

- Quando perguntados sobre os objetivos da 6ª CRS, a tendência de cada entrevistado foi de responder em termos de missão, e não em termos de produtos ou serviços oferecidos.

- As respostas foram de tal modo gerais que ficou difícil saber que práticas a Coordenadoria utiliza para chegar a eles.

- São poucos os registros escritos que expressam os objetivos e nestes os enunciados são tão genéricos quanto as falas.

- Cada entrevistado citou objetivos diferentes em relação aos outros.

“... a implementação do Sistema Único de Saúde, ou seja, este é o objetivo principal da gestão da Secretária Maria Luíza, não é? E tem então, portanto, o papel da Coordenadoria, de uma forma descentralizada, construir esta gestão, construir esta gestão em cada um dos municípios do Estado ...” Coordenador Regional de Saúde.

“ ... eu acho que o objetivo principal da coordenadoria é assessorar os municípios e aos prestadores de serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde [...] e eu acho que um outro ponto fundamental da Coordenadoria é o Controle Social” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“... o papel que a Coordenadoria tem é de assessorar os municípios”
Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Da mesma forma, os objetivos identificados nas planilhas de planejamento que investigamos também são demasiado genéricos.

Exemplo:

“Problema: Ações fragmentadas nos e entre os setores.

Solução: Ações integradas entre os setores.

Resultado/objetivo: Conhecimento interno das atividades setoriais e intersetoriais.

Resultado/ objetivo: Assessoria aos municípios sobre as ações integradas de saúde”.

Não foram identificados, nem nas entrevistas nem nos documentos da Coordenadoria, objetivos que expressassem claramente aquilo que se estaria perseguindo diariamente.

O principal problema decorrente da ausência de objetivos concretos, tanto quantitativos quanto qualitativos, é a dificuldade para se mensurar ou verificar a ocorrência de resultados satisfatórios. Ou seja, se a organização não possui objetivos e metas, como irá avaliar o resultado do seu trabalho?

Outra questão que a análise dos objetivos presentes no planejamento da 6ª CRS expressa é a dificuldade de se pensar os objetivos em termos do cliente (no caso da 6ª CRS os clientes são as Secretarias Municipais de Saúde). A maior parte dos objetivos dizem respeito à organização interna da Coordenadoria, restando pouco espaço para um “olhar para fora”.

Exemplos:

- “*Capacitação de funcionários; conhecimento interno das atividades setoriais e intersetoriais, contratação de recursos humanos nos vários níveis, sensibilizar os funcionários*”.

Os motivos pelos quais tal forma de pensar os objetivos prevaleceu na 6ª CRS serão discutidos adiante, ao tratarmos da Descentralização e Autonomia. No entanto, vale destacar desde já que, entre outras coisas, este tipo de atitude retrata a tendência dos profissionais de saúde de “olharem para o próprio umbigo”, esquecendo-se inclusive de sua missão de responder a uma demanda externa.

Por fim destacamos ainda que os objetivos encontrados nos documentos acompanham os exemplos dados acima, ou seja, não dizem quase nada, uma vez que não são acompanhados de indicadores e metas. Por exemplo, qual a possibilidade de se verificar posteriormente o alcance do seguinte objetivo, “*Capacitação de funcionários*”? O que significa capacitação de funcionários? Cursos de especialização, treinamentos? Quantos treinamentos são necessários? Qual é a meta a ser atingida? Capacitar quem para o que?

Uma maneira mais elucidativa de se escrever este objetivo poderia ser: Garantir que pelo menos 90% dos funcionários participem de no mínimo uma atividade de capacitação (cursos, treinamentos e congressos) relacionada ao trabalho que desenvolve no setor específico ou área a fim, até o final dos próximos dois anos.

Note-se que não se trata apenas de quantificar o objetivo, uma vez que muitos são difíceis de mensurar. No entanto, mesmo os objetivos mais qualitativos carecem de melhor definição, afinal o que se entende por “*Conhecimento interno e das atividades setoriais e intersetoriais*”?

DESTAQUES

Destacamos das análises realizadas acima a riqueza do processo de construção da missão da 6ª CRS, conduzida principalmente pela Coordenação, que buscou dialogar com o conjunto dos servidores, apostando numa maneira democrática de construção de uma proposta. Além disso, vale ressaltar não apenas o processo, mas o resultado dele – a clareza, a difusão e a incorporação da missão pelas pessoas da Coordenadoria. A partir da definição da missão houve, podemos dizer assim, um resgate (ou mesmo criação) de um papel, de uma identidade para a organização, que começou a sair do “limbo” para assumir um papel de sujeito da construção do sistema de saúde regional.

Outra questão importante é que a 6ª CRS mostrou coerência entre o seu formato organizativo e a missão que se propôs perseguir, dividindo e coordenando o processo de trabalho de forma a dar à organização maior capacidade de relação com os municípios.

No entanto, apesar de uma missão muito bem definida e trabalhada e de uma estrutura organizativa coerente com aquela, a Coordenadoria não conseguiu construir objetivos claros e concretos, que expressassem cotidianamente aquilo que estaria perseguindo para realizar sua missão. Não foram encontrados objetivos do modo que consideramos adequados para uma Macroorganização nem nos documentos pesquisados, nem nas falas dos entrevistados. Assim, a ausência de resultados e metas, ao nosso ver, causou um déficit na gestão do sistema, levando, inclusive, ao comprometimento de outros sistemas de gestão, como o de petição e prestação de contas, conforme será confirmado a seguir.

IV.1.2. Arrastados pela correnteza

Tendo se verificado alguns aspectos que julgamos importantes na análise da missão e dos objetivos de uma organização, devemos agora levar em conta uma das questões trabalhadas por Matus e presente no seu sistema de Direção Estratégica: o Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente.

Este sistema, como visto na Parte I deste trabalho, administra o tempo mais escasso do Dirigente: o tempo; além de ser responsável por manter o foco de atenção do Dirigente sobre aquilo que é importante. Na nossa opinião, é importante numa Macroorganização tudo aquilo que diz respeito diretamente à sua missão e aos seus objetivos.

Por isso, uma análise do Sistema de Agenda do Dirigente exige a verificação do quanto o seu tempo e a sua atenção estão voltados para assuntos e problemas relacionados à missão e não com problemas rotineiros e conjeturais.

No entanto, a análise do tempo e da atenção do dirigente constituiu-se numa das mais difíceis tarefas deste trabalho. A metodologia utilizada para coletar informações sobre este sistema não deu conta de apreender como o Coordenador

Regional de Saúde aloca seu tempo e se de fato tem sua atenção voltada para questões importantes relacionadas à missão e às prioridades.

Assim, admitimos desde então que as informações que conseguimos coletar são insuficientes para uma análise conclusiva acerca das questões acima mencionadas. Ainda assim, com base nas falas dos entrevistados, acreditamos ser válido algumas discussões sobre o tema.

A preocupação do Sistema de Direção Estratégica com a racionalização da agenda do dirigente decorre da constatação de que, diante da enorme quantidade de problemas que normalmente surgem no cotidiano da gestão, há uma necessidade de se regular o tempo e o foco da atenção, caso não se deseje que a organização perca o rumo frente à demanda diária de problemas. *As pressões que o dirigente sofre em sua gestão cotidiana contradizem o planejamento, a regulação racional do foco de atenção e o uso inteligente do tempo* (Matus, 1996:322).

Deste modo, alguns pontos são importantes para manter este sistema de agenda funcionando eficazmente.

Primeiro, é fundamental que a gestão se baseie na missão proposta e no plano, onde devem estar contidas as prioridades da gestão. Quando não há um plano fica difícil escolher o foco de atenção no dia-a-dia, pois uma vez que não há escolhas a fazer tudo passa a ser objeto de atenção, não havendo distinção clara entre o que é prioritário e o que não é.

Em segundo lugar, caso estejam definidas as prioridades, é preciso garantir que de fato a agenda do dirigente será guiada por estas prioridades, e não pelas pressões dos problemas cotidianos. Para isso, dois elementos devem ser destacados no Sistema de Direção Estratégica: a existência de uma Unidade de Processamento Técnico-político e o entorno do dirigente.

A 6ª CRS ainda que tenha realizado um planejamento abrangente, com o conjunto dos servidores, logo no primeiro ano da gestão, não consolidou o processo na forma de um plano. Além disso, não foram encontradas nas planilhas deste planejamento a definição de quais eram as estratégias prioritárias. Sendo assim, já o primeiro passo para a racionalização da agenda do dirigente fica prejudicado, uma vez que o instrumento que deveria dar o rumo às ações não foi consolidado. Mesmo assim através de pesquisa em alguns documentos (relatório do planejamento feito pela equipe gestora antes do planejamento com todos os servidores) e através das entrevistas, foi possível identificar algumas prioridades definidas logo no início da gestão:

1) Reestruturação interna da 6ª CRS (ampliar recursos humanos, redefinir processo de trabalho, capacitar as pessoas ...), com vistas a dar conta da missão definida.

2) Aproximação da 6ª CRS dos municípios, buscando apoiar e fortalecer a gestão local do sistema regional de saúde.

3) Fortalecimento do Controle Social.

Quando questionado sobre a relação entre o seu tempo e as atividades importantes para se desenvolverem as prioridades, o Coordenador Regional, no que diz respeito à primeira prioridade, responde:

“... se tínhamos na época 57 funcionários, alguns inclusive na época se aposentaram, hoje a agente tem 104 funcionários, e todos eles, com raríssimas exceções, estão integrados dentro do projeto de trabalho que nós nos propusemos a construir ...” Coordenador Regional de Saúde.

A resposta revela uma certa segurança em relação ao alcance de um dos propósitos, o que faz entender que, se se atingiu aquilo que se propôs a fazer anteriormente, é porque houve uma boa utilização do tempo.

Em relação às demais prioridades, a resposta foi a seguinte:

“... se eu considerar do ponto de vista dos objetivos mais gerais que a gente tem, dessa situação de estabelecer essa relação de parceria e assessoria aos movimentos, aos municípios, eu diria ... uma relação articulada, eu diria que a minha agenda se ocupa no mínimo de 40% a 50% do tempo perseguindo esses objetivos [...] Agora, eu nunca medi isso aí, como eu te falei, como não foi sistematizado esse processo, é difícil imaginar (Coordenador Regional de Saúde).

Como dito anteriormente, é difícil fazer uma avaliação qualitativa e mesmo quantitativa do uso do tempo do dirigente. Acabamos por contar com a visão subjetiva do próprio gestor para fazermos uma análise. Ainda assim, a ausência de parâmetros para comparação dificulta ainda mais o trabalho. Alguns estudos feitos por Matus (1996) apontam que cerca de 10% do tempo do dirigente de países da América Latina são destinados a problemas importantes do governo. Mesmo assim, as diferenças metodológicas e de situação não permitem que façamos comparações.

Mas apesar destas dificuldades, procuramos, através das entrevistas com outros coordenadores, identificar elementos que apontassem para o modo como foi distribuído o tempo e o quanto ele prejudicou ou ajudou na realização das ações.

“Eu acho que a gente não conseguiu implementar tudo mesmo em função da demanda mesmo, tempo. A gente é muito atropelado, a

Coordenadoria é muito grande ... não sei se é um pouco de falta de organização nossa ...” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“Apesar de a gente ter um dia certo para as reuniões, na sexta-feira de manhã é o dia da reunião, mas acaba acontecendo coisa assim, que as vezes você acaba abrindo mão da reunião, abrindo mão daquele espaço para atender a uma demanda, seja do município, da imprensa, paciente, o tempo, essa demanda te leva” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“A gente tem reuniões semanais de Coordenação que agora também estão se perdendo né, não sei se já foi colocado pelos outros Coordenadores que a gente está tendo essa dificuldade” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

“É difícil priorizar né, dentro desse setor é bem difícil priorizar, pelas questões mais emergenciais” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

“... a gente tem uma reunião semanal, onde a gente faz uma reunião de planejamento futuro, futuro da outra semana e tal, fazemos as agendas, tudo não é? Porque é muita demanda, então nós temos que fazer essa reunião” Coordenação de Administração.

“Eu acho que a gente foi engolido pela demanda na verdade, hoje nós estamos parados com as Assessorias, fomos engolidos pela demanda realmente. [...] todos os funcionários acharam importante continuar com as Assessorias, continuar porque esse é o nosso papel fundamental, elencamos como prioridade, mas estamos no mês de abril e ainda não conseguimos iniciar a rodada, porque a gente está com uma agenda maluca, mas é uma das nossas prioridades” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“As equipes andaram muito no ano de 2000 e praticamente todo o ano de 2001. O ano de 2002 não houve mais esta volta aos municípios enquanto equipe e aí, para ser sincero, eu acho que o problema maior é agenda, tempo para dar conta disso” Coordenador Regional de Saúde.

Foi possível observar, com base nas entrevistas, que a questão da organização do tempo é um problema da equipe gestora da 6ª Coordenadoria. Fica clara a pressão exercida pela demanda e que faz com que os dirigentes abram mão de determinados espaços ou ações que são importantes para a missão e são colocadas enquanto prioridades.

A reclamação quanto ao tempo é constante em vários espaços da administração pública, principalmente por parte das direções que em geral queixam-se

de “não ter tido tempo de fazer tudo o que queriam”. No entanto, é de fato impossível em um período de gestão realizar tudo o que é necessário. Daí a importância das prioridades e do plano. A questão fundamental não é tanto a quantidade de tempo (um ano, dois anos, quatro anos) mas sim a qualidade do tempo. Ou seja, o tempo do dirigente deve estar voltado para aquilo que é importante para a realização da missão da organização e consecução das prioridades.

No caso da 6ª CRS, várias ações importantes para a missão e desenvolvimento das prioridades podem estar sendo prejudicadas pelo mal uso do tempo. A 6ª CRS tem sido, em parte, arrastada pela correnteza dos fatos, tem sucumbido diante da demanda que lhe tem sido imposta.

As reuniões às quais se referem os entrevistados são reuniões de coordenação, onde reúnem-se o Coordenador Geral, o Coordenador Adjunto e as Coordenações dos setores para “discutir”, “planejar” e “avaliar” o andamento do sistema regional de saúde e a organização dos trabalhos internamente. Estas reuniões são importantes para um bom andamento do sistema de saúde, pois quando não se “para para pensar” a tendência é não saber se se está no rumo certo. Mas a “falta de tempo” e o “excesso de demanda” acabam por impedir esses momentos de planejamento e avaliação, fazendo com que a possibilidade de se perder o rumo aumente, uma vez que esse tipo de comportamento gera uma “cegueira situacional”.

A própria equipe gestora da 6ª CRS percebe os problemas decorrentes da não realização regular das reuniões, sentindo a necessidade de retomá-las.

Outra questão importante para a missão da Coordenadoria, e uma das prioridades da mesma, que também tem sido prejudicada em função do tempo (ou da “falta de tempo”) são as Equipes de Assessoria, que serão melhor exploradas adiante. Interessa saber no momento que estas Equipes tem sido um dos principais mecanismos de aproximação entre a 6ª CRS e os municípios e é através delas principalmente que a CRS consegue assessorar os municípios de maneira mais orgânica. Como relatado pelo entrevistado, no ano de 2002 tem havido dificuldades para operacionalizar as Equipes, sendo que o principal problema é a “agenda”, a “falta de tempo”.

Com estes dois exemplos, pudemos observar há uma tendência na 6ª Coordenadoria de se deixar que os problemas do cotidiano, as urgências, assumam o comando nas agendas dos dirigentes, desviando atenção dos problemas realmente importantes, relacionados à missão e às prioridades.

Os principais mecanismos previstos pelo Sistema de Direção Estratégica para racionalizar a agenda do dirigente são a Unidade de Processamento Técnico-

político e o Entorno do Dirigente. Em relação ao primeiro, não há na CRS nenhuma estrutura que se assemelhe à Unidade.

Já o entorno do dirigente, identificado por nós como sendo o conjunto dos coordenadores dos setores mais o coordenador adjunto, desempenha importante função na organização do tempo e do foco do Coordenador Regional. De uma maneira geral eles acabam fazendo uma filtragem dos problemas que devem ou não ascender até o Gabinete. Este trabalho é referido pelas coordenações e confirmado pelo Coordenador Regional (ver falas abaixo). Embora não tenha sido possível no âmbito deste trabalho verificar a eficiência deste “filtro”, vale ressaltar que pelo menos ele existe e deve-se em grande parte à capacidade resolutiva das coordenações descentralizadas.

Em relação aos critérios para o encaminhamento ou não de problemas para o Gabinete, não são bem explicados, transparecendo que há prevalência do bom senso no momento da decisão. No entanto, parece que a possibilidade de implicações políticas do problema é o critério mais relevante no momento de levar o problema até o Coordenador.

“Então assim, as coisas mais ... mais difíceis, não sei como te explicar, não sei o termo ... mas as coisas mais mais problemáticas mesmo, mais difíceis de resolver que leva, ou questões mais políticas mesmo, de diretrizes. A maioria dos problemas são resolvidos aqui dentro do setor mesmo” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“Assim, a parte administrativa, quando são respostas exclusivamente técnicas, quando dizem respeito ao setor, sei lá, prestação de contas, isso a gente acaba resolvendo” Coordenador de Administração.

Além de selecionarem o que entra ou não para a agenda do Coordenador, os demais coordenadores de setor parecem realizar um processamento, ou seja, não encaminham problemas crus, sobre os quais o Coordenador teria que se debruçar por longo tempo, mas já encaminham o problema com algum grau de explicação das causas e possíveis soluções:

“Problemas maiores com os prestadores a gente encaminha, mas não encaminha o problema, entende? Eu vou lá em cima, normalmente sou eu que faço essa parte, eu relato para ele que tive um problema com o prestador e que eu encaminhei desta ou daquela forma, ou troco idéia com ele sobre como a gente vai resolver” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Este modo de operar facilita em muito a organização do tempo do dirigente, permitindo a ele se concentrar de fato naquilo que é importante. Na 6ª CRS os coordenadores desempenham papel fundamental nesse sentido.

Dois fatores são importantes para explicar este processo. O primeiro já fora explicitado anteriormente e diz respeito à qualificação dos coordenadores. O segundo está relacionado com a própria postura do Coordenador Regional junto aos trabalhadores da CRS, incentivando a descentralização das responsabilidades e permitindo que os funcionários assumam maiores riscos na tomada de decisão.

Ressaltamos, no entanto, que embora o entorno do Coordenador Regional de Saúde desempenhe função importante ao filtrar os problemas que chegam até a sua agenda, não dão conta da totalidade das funções exigidas por uma Unidade de Processamento Técnico-político, tal como concebida por Matus. Esta, além de ser um filtro da qualidade dos problemas que chegam até o dirigente, realiza a síntese do monitoramento situacional, estabelece a mediação com o sistema de planejamento, defende os casos importantes diante dos casos urgentes, entre outras funções. Assim, julgamos importante que a 6ª CRS desenvolva mecanismos mais eficazes de racionalização da agenda.

Além disso, vale destacar, segundo o observado nas entrevistas, que o padrão de processamento dos problemas até chegarem ao Coordenador não é observado em relação aos setores. Ou seja, não há quem defenda a agenda dos coordenadores dos setores, que acabam por ficar sobrecarregados.

“As questões mais técnicas de encaminhamento o pessoal consegue resolver, mas ainda eles buscam muito a figura do coordenador” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Acreditamos que a situação anteriormente relatada em que se encontrava a Coordenadoria ajuda a explicar esta certa insegurança por parte dos demais profissionais da CRS que terminam, em geral, por buscar com frequência apoio nas Coordenações. Houve uma reviravolta na Coordenadoria. Uma instituição que há pouquíssimo tempo cumpria uma função meramente burocrática, praticamente sem função na construção do sistema, passa a exigir de todos um compromisso na formulação e implementação de políticas. Ao nosso ver, é natural que haja um certo receio no momento das tomadas de decisão. Somado a isso o fato de os coordenadores terem assumido a responsabilidade de condução do processo, tem-se um ambiente propício para uma “sobrecarga” sobre a agenda dos demais coordenadores.

DESTAQUES

Estudar a agenda dos dirigentes foi tarefa difícil e, admitimos, não plenamente concluída neste estudo.

Das análises que ousamos realizar mesmo assim, destacamos a tendência de a equipe coordenadora da CRS “perder-se” nas rotinas de trabalho e na resposta imediata a problemas imediatos, perdendo uma visão de longo prazo. A “demanda” e a “falta de tempo” são as justificativas mais ouvidas para a não realização de determinadas ações consideradas importantes.

Deste modo, algumas questões importantes sob o ponto de vista da concretização da missão da CRS, como as Equipes de Assessoria e as reuniões de coordenação, tem perdido espaço na agenda para a resposta à demanda diária de problemas emergenciais.

IV.2. Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas

Resgatando as discussões anteriores, lembramos que a ênfase do Sistema de Direção Estratégica do PES está colocada sobre o Sistema de Petição e Prestação de Contas. Somente através de mecanismos eficazes de petição e prestação de contas é possível gerar uma organização de alta responsabilidade, condição mínima para a implementação de ações descentralizadas e eficientes.

No SUS, observamos um certo déficit de responsabilidade, uma vez que a descentralização se deu de forma autárquica, sem uma igual contrapartida no dever de prestar contas (o modo como se deu a habilitação dos municípios na NOB 96 é um exemplo disso). Além do mais, é consenso entre gestores, profissionais e outros atores do meio sanitário que as ações de controle e avaliação no SUS são incipientes e que há uma necessidade premente de estruturá-las.

Nesta parte do trabalho procuraremos mostrar e discutir o modo como se dá a petição e prestação de contas no sistema regional de saúde da região da 6ª Coordenadoria

IV.2.1. Apostando no controle social

Mostraremos nesta parte do trabalho que a petição e prestação de contas constituiu no principal tripé da gestão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, e que o principal mecanismo utilizado para ampliar a responsabilidade do sistema está no fortalecimento do controle social. No entanto, será observado também que algumas deficiências de ordem gerencial dificultaram a conformação de um sistema de avaliação mais eficiente e articulado.

Lembramos que as análises se dão no âmbito da Macroorganização, o que inclui a verificação da prestação de contas na Coordenadoria (Alta Direção) e como ela atua na petição de contas das Secretarias Municipais de Saúde (Microorganizações).

Consta nas leis que regulamentam o funcionamento do SUS que é obrigação dos gestores, em todos os níveis de governo, a prestação de contas das ações e recursos utilizados trimestralmente. Tal atividade deveria ser feita aos conselhos de saúde e em Audiência Pública, junto ao poder legislativo. No entanto, esta lei está longe, muito longe aliás, de ser cumprida.

O municípios não tem atentado para esta função; a diversidade dos conselhos e o seu caráter incipiente fazem com que estes não cobrem de seus gestores a

prestação de contas devida (até porque não é raro encontrarmos o secretário de saúde como presidente do conselho). Ao mesmo tempo, os estados em geral, não desenvolveram mecanismos que estimulassem as secretarias municipais de saúde a apresentar seus relatórios de gestão de maneira regular e, além disso, é difícil ver os próprios estados prestando contas a seus conselhos.

O Relatório de Gestão, principal instrumento de gestão do SUS para se realizar a prestação de contas, não é encontrado com facilidade em visitas aos sistemas municipais e mesmo estaduais¹⁴.

Nossa experiência de trabalho tem demonstrado que salvo em determinados momentos da construção do SUS, como a edição de uma norma operacional, que inclui como requisito para habilitação a apresentação do Relatório de Gestão pelo gestor ao conselho de saúde, ou quando da intervenção dos Tribunais de Contas, não são muitas as ações espontâneas por parte dos gestores para elaborar e apresentar aos conselhos o Relatório de Gestão. Estes exemplos demonstram a deficiência da estruturação das ações de Controle e Avaliação no interior do Sistema Único de Saúde.

Na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, a coordenação encarregada de fazer o acompanhamento e avaliação dos sistemas municipais de saúde é justamente a Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social. Logo no início da gestão, este setor tratou de realizar um levantamento dos municípios que haviam enviado Relatório de Gestão para a Coordenadoria nos anos de 1997, 1998 e 1999. O resultado confirma nossas afirmações feitas acima. Somente 2 municípios haviam elaborado e encaminhado para a CRS o Relatório de Gestão devidamente aprovado pelo conselho de saúde nos anos anteriores a 1999.

A cobrança foi imediata. O principal mecanismo utilizado pela 6ª CRS para fazer com que os municípios apresentassem o Relatório de Gestão foi condicionar o repasse de recursos estaduais à apresentação do relatório pelos municípios aos conselhos de saúde¹⁵. O resultado também foi imediato. Praticamente todos os 51 municípios da época habilitados em alguma condição de gestão naquele momento elaboraram e apresentaram o Relatório de Gestão aprovado pelo conselho municipal de saúde.

Mas além de realizar a cobrança, a 6ª CRS e, em especial, a Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social, se preocuparam em assessorar os

¹⁴ Nos últimos anos esta situação vem se modificando, ainda que lentamente, devido à atuação dos Tribunais de Contas.

¹⁵ Note-se que este foi um procedimento utilizado em todo o estado como parte da política de financiamento adotada – Municipalização Solidária da Saúde.

municípios na construção desse instrumento de gestão. No Relatório de Gestão da 6ª Coordenadoria, relativo ao primeiro trimestre do ano de 2002, encontra-se o seguinte relato:

“Intensificou-se a discussão com todos os atores sociais envolvidos e implementou-se com os municípios uma nova prática de se lidar com a realidade do trabalho, e com as dificuldades, através e uma nova forma de elaboração do Relatório de Gestão, privilegiando a realidade de forma direta, simples e clara, com o intuito de facilitar a avaliação e a construção de novas propostas na implementação da política de saúde local”.

Também como exemplo, podemos mostrar o seguinte trecho do Relatório de Gestão do 1º semestre de 1999, no item “apoio técnico aos municípios”:

*“- Analisados 10 relatórios de gestão (primeiro trimestre)
- Orientação para 35 municípios quanto aos planos municipais e relatórios de gestão”.*

No ano de 1999 a 6ª CRS aceitou que os municípios apresentassem apenas o Relatório de Gestão anual. Já a partir de 2000, passou a exigir a apresentação trimestral. Neste ano, os 58 municípios¹⁶ da região apresentaram quatro relatórios de gestão, tanto no conselho municipal de saúde quanto em Audiência Pública na câmara de vereadores.

O ano de 2001 não foi diferente. Na avaliação feita até o dia 23/04/02, apenas um município não havia apresentado nenhum Relatório de Gestão, um não apresentou três (2º, 3º e 4º trimestres), um não apresentou dois (3º e 4º trimestres) e dois não apresentaram um (4º trimestre). A exceção deste grupo, todos os demais municípios apresentaram no ano de 2001 quatro Relatório de Gestão.

Podemos caracterizar a atuação da Coordenadoria como implacável em relação à cobrança de contas junto aos municípios. 53% dos secretários municipais de saúde que responderam o questionário por nós enviado afirmaram que a Coordenadoria estimula as SMSs a prestar contas ao Conselho e 42% acreditam que a 6ª CRS vem obrigando os municípios a fazê-lo. Nenhum gestor respondeu que a Coordenadoria não interfere neste processo. No entanto, o mais importante e interessante é que a exigência maior não foi de que os municípios prestassem contas à 6ª CRS, mas sim para os

¹⁶ Devido à reestruturação das regiões do Estado do Rio Grande do Sul, houve alterações no número de municípios pertencentes à 6ª Região, passando de 51 inicialmente para 58.

conselhos municipais de saúde e para a população em geral, através das Audiências Públicas.

De fato, a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde dedicou-se muito ao fortalecimento da participação popular e do controle social.

O primeiro passo foi estruturar e consolidar o Conselho Regional de Saúde. Este Conselho surgiu na metade da década de 90 e teve sua origem vinculada aos movimentos populares da região (sindicatos rurais, movimento de mulheres, etc), preocupados em consolidar os um projeto alternativo de desenvolvimento regional (Coordenação do Projeto de Desenvolvimento Regional Alternativo, 1999). Durante o período que se seguiu sofreu restrições por parte da gestão regional da época. No período de 1997 a 1998, este Conselho passou por uma primeira readequação, a ponto de conseguir convocar a I Conferência Regional de Saúde.

“Realizamos uma Conferência de Saúde sem nenhuma participação do gestor na época, o gestor se negou a fazer o debate político sobre saúde e o Conselho, desde aquele momento prá nós tem um papel importante” Coordenador Regional de Saúde.

O atual Coordenador Regional de Saúde era conselheiro regional de saúde no período anterior. Daí também decorre a preocupação em organizar o controle social na região e em especial o Conselho Regional, cuja presidente é hoje uma usuária. Outro fato que contribuiu para a atenção dada aos conselhos, foi a política implementada no Estado do Rio Grande do Sul, que adotou como um dos seus eixos prioritários o fortalecimento do controle social.

“... eu considero o Conselho o principal aliado desse processo, porque é o espaço público de debate, onde se explicitam as diferenças que se tem do ponto de vista da construção, da concepção da saúde, que nós felizmente, durante toda essa gestão conseguimos debater e construir a grande maioria das políticas” Coordenador Regional de Saúde.

No relatório de planejamento realizado no início da gestão, em 1999, no item que trata das definições políticas, surge como uma das preocupações da 6ª CRS:

“8. Capacitação de Conselheiros e fortalecimento dos Conselhos, Movimentos Sociais e Organizações Populares”

Ao observarmos o funcionamento do Conselho Regional de Saúde, podemos evidenciar três pontos que demonstram o seu fortalecimento:

- 1) Regularidade das reuniões;

- 2) Apoio da 6ª CRS no que diz respeito à infra-estrutura;
- 3) Ampliação da participação.

Durante o ano de 2001 foram realizadas 11 reuniões, quase que ininterruptamente. Em torno de 70% das reuniões houve *quorum* mínimo exigido para votação.

Além disso, desde praticamente o início da atual gestão o Conselho dispõe de infra-estrutura à sua disposição dentro da própria Coordenadoria, com sala, computador, mobiliário, etc. Também o Conselho dispõe de apoio financeiro para custeio de viagens, cursos, eventos, entre outras necessidades como fotocópias e impressões.

Também na Política de Relações estabelecida pela Coordenadoria a relação com o Conselho Regional de Saúde é destacada:

“2. Relação com o Conselho Regional de Saúde

- *Participante na mesa do CRS*
- *Apoio e assessoria ao CRS*
- *Formação de Conselheiros*
- *Auxiliar no processo de regulamentação*
- *Que o CRS tenha o controle social”* Relatório de Planejamento – 1999.

Por fim, quando falamos na ampliação da participação, trata-se não apenas do aumento da frequência dos participantes, mas também da ampliação do número de assentos existentes no Conselho. Anteriormente participavam apenas entidades. Hoje, abriu-se espaço para a participação dos gestores e profissionais representantes dos municípios, através de vagas dadas às microrregiões. No Relatório de Gestão do primeiro semestre de 1999 há menção à reestruturação do Conselho Regional, no item Controle Social:

✓ *“Organização da Plenária Regional de Saúde 12/04 que definiu as microrregionais e elegeu as novas entidades conselheiras do Conselho Regional de Saúde para o período de 1999 e 2000.”*

A atuação do Conselho Regional de Saúde é também destacada pela Coordenadora de Planejamento e Regulação:

“O Conselho [Regional] nos ajuda muito nisso, ajuda muito nisso, porque o Conselho Regional ele não existia praticamente na região, e nós entendemos, como o controle social é um dos nossos eixos, o Conselho Regional tem uma estrutura dentro da Coordenadoria hoje. Então na verdade quem nos ajuda a fortalecer os conselhos

municipais e a supervisionar e avaliar esses conselhos é o Conselho Regional: formação, eleição, se ele é realmente paritário ...”
Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Já em relação aos conselhos municipais de saúde da região, a 6ª CRS, em conjunto com o Conselho Regional, investiu na capacitação dos conselheiros para reforçar a capacidade destes de influenciar na formulação das políticas municipais de saúde e na fiscalização da execução das ações e recursos por parte do gestor municipal.

Em 1999 foi realizado um curso de capacitação de conselheiros em cada microrregião de saúde da região. Este curso contou com uma participação média de 40% dos conselheiros (percentual estimado). Já no ano de 2000 foram realizados encontros com os conselheiros municipais de saúde em 56 dos 58 municípios da região, contando com uma participação maior que nas regionais. Já em 2001, nova rodada de capacitação atingiu 1.136 conselheiros de saúde. Neste período abriu-se espaço para a participação de outras entidades não necessariamente presentes nos conselhos, tais como sindicatos, delegados do Orçamento Participativo do Estado, movimentos populares, o que demonstra a visão ampliada da participação popular, não restrita aos canais institucionalizados no interior do Estado, como os conselhos.

Para o ano de 2002 a Coordenadoria possui um projeto de capacitação para as chamadas Câmaras Técnicas dos conselhos municipais, onde procurarão tratar de temas mais específicos e técnicos, como orçamento, tecnologia, entre outros.

Além das capacitações, a CRS procurou envolver os conselhos municipais de saúde nas discussões a respeito das questões regionais, não apenas através do Conselho Regional, mas no dia-a-dia, chamando-os a participar de reuniões e eventos importantes na região. Um exemplo disso é que as visitas realizadas pelas Equipes de Assessoria (detalhes adiante) exigiam sempre a presença do conselho local, bem como nas auditorias realizadas nos serviços localizados nos municípios. Também as reuniões realizadas entre a Coordenadoria e os municípios, importante canal de comunicação entre esses níveis de gestão, contavam sempre com a participação de pelo menos um representante dos conselhos locais, sendo que o convite partia sempre da 6ª CRS: *“...a gente achou que tinha que criar uma forma de comprometer de fato o gestor junto com o Conselho, porque a gente estava naquele momento de trabalhar junto”* Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Também vale ressaltarmos, no âmbito desta discussão sobre fortalecimento do controle social, a realização de conferências de saúde em praticamente todos os municípios da região no ano de 2000, sob o estímulo e coordenação da 6ª CRS, em

especial através da Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social. Logo após as conferências municipais foi realizada a II Conferência Regional de Saúde, com a participação de mais de 300 pessoas, entre delegados e participantes.

Estas características relatadas até agora correlacionam-se com alguns dos aspectos destacados no Sistema de Direção Estratégica, no que diz respeito ao Sistema de Petição e Prestação de Contas. O primeiro e mais relevante é a importância de que as contas sejam prestadas publicamente, ou difundidas até a população. A aposta feita pela 6ª CRS de fazer com que os gestores cumpram a lei que obriga à prestação de contas aos conselhos e, ao mesmo tempo, empenhar-se no fortalecimento desses conselhos em parceria com o Conselho Regional, faz com que se amplie a transparência na gestão no âmbito do sistema regional de saúde. Também permite que a população conheça e se aproprie das questões fundamentais das políticas de saúde municipais, tornando-se mais capaz de controlar a coisa pública e colocá-la a seu serviço – *empowerment*.

O segundo ponto que vai de encontro às recomendações de Matus diz respeito à regularidade da prestação de contas, a cada três meses no caso em estudo. Esta regularidade, ao nosso ver, é propícia para gerar uma cultura de responsabilidade pois “habitua” aqueles que devem prestar contas das suas ações a atuarem com mais transparência.

As informações colocadas acima apontam para o quanto a 6ª CRS apostou no controle social, transformando os conselhos de saúde em peça chave do sistema de petição e prestação de contas naquela região. Tanto que todos os relatórios de gestão, planos de aplicação, planos de saúde que são encaminhados à Coordenadoria são obrigatoriamente acompanhados pela ata do respectivo conselho municipal de saúde que aprovou o documento.

Além da participação dos conselheiros, a 6ª CRS, afinada com a política da Secretaria Estadual de Saúde, tem estimulado a participação de outros segmentos da sociedade civil organizada, como por exemplo os Delegados do Orçamento Participativo, que participam da apreciação e aprovação dos planos de aplicação dos recursos da Municipalização Solidária da Saúde, bem como da prestação de contas do referido recurso.

Como dito anteriormente, o Relatório de Gestão é o principal instrumento de avaliação dos sistemas municipais de saúde da região. Ele é composto por duas partes, a prestação de contas financeira e a prestação de contas das ações e metas, o que é chamado pelos funcionários da Coordenadoria de “descritivo”. Nesta parte do

relatório deveria constar o que foi feito, o que não foi feito, por que não foi feito, que resultados foram alcançados, entre outras informações.

A primeira parte, prestação de contas financeira, é rigorosamente avaliada, principalmente no que diz respeito aos recursos de fonte estadual. Para esta análise os funcionários da Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social fazem o cruzamento do Relatório de Gestão com o plano de aplicação dos recursos da Municipalização Solidária, buscando identificar possíveis desvios. Atualmente a própria Secretaria Estadual está desenvolvendo um *software* que realiza este cruzamento, dando maior agilidade ao processo.

Já no “descritivo”, o cruzamento se faz com o plano municipal de saúde, ou seja, busca-se fazer uma comparação entre aquilo que foi planejado e definido como prioritário e aquilo que foi executado.

Em relação a esta parte do Relatório de Gestão são identificados alguns problemas:

“O que ele precisa de fato é: bom, o que que ...que ações eu desenvolvi dentro deste trimestre? o que que eu ampliei dentro dos serviços? eu ampliei algum tipo de serviço? eu criei algum grupo, seja de hipertensos, de diabéticos? que ações eu desenvolvi no trimestre e que ... geraram impacto, que teve uma mudança? porque a maioria dos municípios ainda colocavam assim: ofertou tantas consultas, tantos exames, tantos isso, tanto aquilo...”

A coordenadoria, além de orientar a própria elaboração do Relatório de Gestão, assessora a prestação de contas em si, realizada nas Audiências Públicas. De uma maneira geral alguma pessoa da Coordenadoria procura estar presente nas audiências públicas realizadas pelos municípios. A Coordenação de Descentralização também identifica problemas na maneira como são prestadas essas contas.

Através de exemplos de municípios da região, a Coordenadora de Descentralização aponta o quanto os secretários municipais de saúde tem dificuldades para organizar uma Audiência Pública de maneira clara e de fácil entendimento para a população, embora sejam orientados pela Coordenadoria:

“O gestor que vem ali a gente coloca bem claro isso e isso né, o propósito que ele tem, ele tornou público o que de fato ele fez, não precisa falar de mil coisas, mas aquilo que de fato é importante e aquilo que pode ser elaborado ali dentro, e assimilado pelas pessoas, pelas várias pessoas, de vários níveis ali né, intelectual, de conhecimento, enfim”

No entanto, a Coordenadoria tem observado algumas debilidades nesse processo. Através de exemplos de municípios da região, a Coordenadora aponta quatro problemas principais: o uso de uma linguagem excessivamente técnica no momento da apresentação para a população, principalmente em relação a recursos financeiros; a não demarcação daquilo que é importante (resultados); a não mobilização da população para participar das audiências e a pouca motivação da maioria dos gestores para prestar contas.

Apesar das dificuldades, visualizamos a experiência da região da 6ª Coordenadoria como extremamente válida no sentido de criar uma organização mais responsável. É de se esperar que ocorram dificuldades, resistências, enfim até o momento jamais houvera tamanha pressão para que os gestores prestassem contas de suas ações e recursos para a população. Não se parte de um sistema onde não há praticamente nenhum mecanismo de avaliação e controle para outro onde os gestores municipais se vêem obrigados a prestar contas para várias instâncias (conselho, audiência, Coordenadoria) sem que haja algum nível de conflito. Este processo iniciado na 6ª CRS, bem como em todo o Estado do Rio Grande do Sul, tem obrigatoriamente um período de amadurecimento, de convencimento dos gestores, de fortalecimento dos conselhos para que passem a cobrar a prestação de contas, da população em geral para se habituar a participar e fiscalizar. Enfim, o importante é ter iniciado e sustentado esta prática durante praticamente todo o período da gestão.

Um fato que comprova isso diz respeito à própria visão dos secretários municipais de saúde da região, que apontaram o *avanço no controle social* (algo tão perseguido pela 6ª CRS) como o principal resultado da obrigatoriedade da prestação de contas trimestralmente, pois 18 dos 28 secretários que responderam ao questionários apontaram esta alternativa.

Além do fortalecimento do controle social, *menor possibilidade de desvio de recursos* (11 secretários assinalaram esta alternativa) e *mudanças no perfil do gestor* (8), como a necessidade de trabalhar mais em equipe e intersetorialmente e foram apontados pelos secretários municipais de saúde da região como avanços decorrentes daquela estratégia.

Em uma outra pergunta, relacionada às mudanças gerenciais causadas pela prestação de contas, 23 secretários municipais de saúde apontaram que a principal mudança no seu trabalho, resultante da prestação de contas sistemática através do Relatório de Gestão, deve-se ao fato de *tornar a gestão mais transparente e permeável*

ao controle social, seguidas pela possibilidade de rever a programação dos recursos (10) e pela revisão de prioridades (9).

Além do Relatório de Gestão, apreciado e aprovado pelo conselho municipal de saúde e em Audiência Pública, outro importante instrumento utilizado para a avaliação e acompanhamento dos municípios, no que diz respeito à gestão, são as Equipes de Assessoria. A formação e funcionamento dessas equipes serão trabalhadas também mais adiante. Por enquanto, vale ressaltar que a verificação de que para uma avaliação efetiva da gestão municipal seria necessário maior envolvimento tanto dos demais setores quanto dos municípios suscitou o envolvimento dessas Equipes no processo de avaliação da gestão municipal.

“Prá você conseguir avaliar a gestão de uma forma mais ampla, o que a gente ainda não conseguiu de fato, que é uma questão complicada porque prá você avaliar a gestão você tem que ver e acompanhar isso de uma forma mais dinâmica, integrada a outros setores [da coordenadoria] e junto com os municípios” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

A Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social buscou se inserir nas Equipes de Assessoria e fazer com que estas equipes de apoio aos municípios fossem também instrumentos de avaliação do setor saúde nos municípios.

“Dentro das Equipes de Assessoria a proposta era ir aos municípios e acompanhar as atividades, as ações que eles vinham desenvolvendo e avaliar a gestão como um todo” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

A Coordenação de Descentralização ficou responsável pela articulação com os demais setores, reunindo informações e preparando um “roteiro” para a visita aos municípios. Este roteiro procurava incluir questões fundamentais das diversas áreas, de modo que permitisse uma visão abrangente do sistema municipal de saúde. As Equipes de Assessoria desempenharam um importante papel no Sistema de Petição e Prestação de Contas.

Em primeiro lugar, destacamos o caráter abrangente com que a 6ª CRS encarou a questão da avaliação das gestões municipais, não o fazendo apenas a partir de um setor isolado, mas buscando articulação com todos. Além disso, houve também um retorno para a própria Coordenadoria, que teve maior dinâmica na socialização das informações e cada setor pôde, ao olhar para o sistema como um todo, ter maior noção daquilo que cerca e interfere sobre o seu trabalho: a influência do controle social sobre a

saúde do trabalhador; da saúde do trabalhador sobre a vigilância sanitária; da vigilância sanitária sobre a gestão e assim por diante.

Em segundo lugar, houve uma abordagem mais próxima da realidade, a verificação *in locus*, no local onde os fatos acontecem e onde os números calculados em gabinete ganham vida, significado, são contextualizados. Não há como avaliar a gestão e os sistemas municipais sem ir aos municípios, sem escutar as pessoas e ver o funcionamento local.

As *Equipes de Assessoria* são também identificadas pelos gestores municipais como um dos principais instrumentos de avaliação utilizados pela 6ª CRS (10 dos 28 secretários municipais de saúde que responderam ao questionário citaram as Equipes de Assessoria como um dos instrumentos de avaliação), juntamente com o *Relatório de Gestão* (21) e a *análise dos sistemas de informação* (19)¹⁷.

A consideração por parte dos secretários municipais de saúde de que a análise dos sistemas de informação é um instrumento da 6ª CRS para avaliar os municípios é correta. Na verdade, também é um dos instrumentos utilizado pelas próprias Equipes de Assessoria, que reúnem todas as informações possíveis anteriormente às visitas aos municípios. De posse dessas informações buscam identificar os principais problemas e discuti-los com as equipes municipais e com o gestor no momento da visita. A exposição dos dados pelas Equipes faz com que os gestores, corretamente, identifiquem os sistemas de informação como um mecanismo de avaliação.

Por fim, um outro mecanismo utilizado pela 6ª CRS para a avaliação do sistema regional de saúde são as auditorias feitas junto aos serviços de saúde. Além do aumento no número de auditorias, o Coordenador Regional de Saúde destaca a mudança qualitativa das auditorias, que teriam deixado de ser uma atividade burocrática para se transformar numa ação dinâmica e efetiva de avaliação. A evidência que pudemos encontrar no âmbito deste estudo em relação à mudança referida pelo coordenador, diz respeito à composição das equipes que vão ao município realizar a auditoria. Além dos auditores, estão presentes outros técnicos da CRS e representantes do Conselho Regional de Saúde. Além disso, a equipe de auditoria chama para participar o secretário de saúde do município, bem como um representante do conselho municipal de saúde.

A 6ª Coordenadoria dá um retorno da auditoria não apenas para o serviço auditado, mas também ao gestor municipal e ao conselho de saúde local, através de um relatório.

¹⁷ Os gestores podiam assinalar a mais de uma resposta.

Vale lembrar no entanto, que esta prática ainda está sendo estruturada dentro da Coordenadoria, tendo sido uma das últimas ações a ser melhor desenvolvida. Isto na verdade reflete a incipiência das ações de controle, avaliação e auditoria, presente em todo o sistema de saúde.

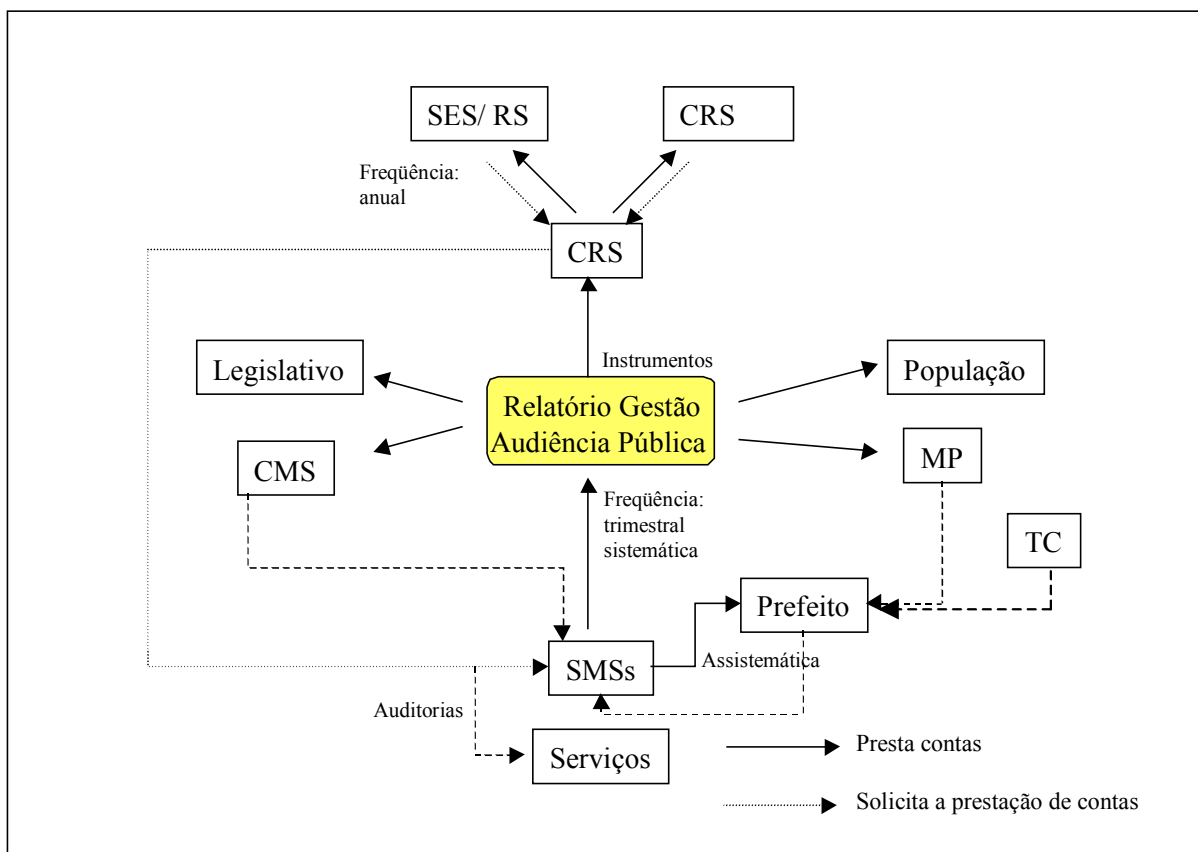
Por fim, queremos lembrar que atualmente, além da prestação de contas para os conselhos, em Audiência Pública e para a Coordenadoria, os municípios enfrentam outras cobranças, como por exemplo do Tribunal de Contas, especificamente em relação aos recursos financeiros; do Ministério Público devido a denúncias; e da própria prefeitura, uma vez que os prefeitos em geral cobram resultados de suas secretarias; e também da câmara de vereadores. Embora não pretendamos explorar cada uma destas formas e mecanismos de petição e prestação de contas, o que exigiria um trabalho de maior fôlego, vale ressaltar que a articulação destes diferentes mecanismos que vêm se desenvolvendo podem significar um importante passo na direção da responsabilidade do sistema público de saúde, rompendo com a frouxidão que impera de uma maneira geral.

Os próprios secretários municipais de saúde apontaram os principais órgãos ou instituições a quem prestam contas freqüentemente. No quadro 3, consta, esquematicamente o sistema de petição e prestação de contas na região, através de fluxos de cobrança e apresentação de contas.

Tendo considerado o modo como se dá a petição e prestação de contas na relação entre as secretarias municipais de saúde e a 6ª Coordenadoria Regional, tentaremos agora caracterizar como a Coordenadoria presta conta de suas ações e como se dá este processo internamente.

A 6ª Coordenadoria Regional de Saúde presta contas de suas atividades a duas instâncias: à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) e ao Conselho Regional de Saúde.

Quadro 3 – Fluxo de petição e prestação de contas na região da 6ª CRS¹⁸



No relatório do planejamento realizado em 1999 consta a “Política de transparência Administrativa”, onde a 6ª CRS se propõe a:

- “Prestação de contas mensal
- Relatório de gestão trimestral
 - Interno
 - Conselho Regional de Saúde
 - Secretaria Estadual de Saúde
 - Informativo”

Foram elaborados relatórios de gestão nos anos de 1999 e 2000, trimestralmente, sendo que até o momento da realização deste trabalho, ainda não havia sido elaborado o Relatório de Gestão de 2001. A SES/RS desempenha um papel importante nesse processo, cobrando anualmente de todas as coordenadorias do Estado a apresentação do Relatório de Gestão, a partir dos quais organiza o Relatório de Gestão do Estado, acrescidas as ações desenvolvidas pelo nível central.

Encontramos nos arquivos da 6ª CRS apenas os Relatórios de Gestão relativos ao primeiro semestre de 1999, quarto trimestre de 1999 e primeiro trimestre de

¹⁸ Este fluxograma foi elaborado por nós, com base nas respostas dos secretários municipais de saúde ao questionário.

2000. Ao fazermos uma primeira aproximação, percebemos logo que se trata de um relatório feito de “pedaços”.

Entendemos que um Relatório de Gestão regional, bem como outros, no que diz respeito ao seu conteúdo, pode ser dividido em dois blocos: o dos elementos formais e o dos elementos essenciais, devendo conter minimamente:

- Elementos formais:

- Descrição breve da região (perfil epidemiológico, dados demográficos, características sócio-econômicas, etc).
- Caracterização do órgão gestor (caracterizar as mudanças ocorridas na estrutura gerencial, estrutura departamental, recursos humanos, etc).

- Elementos essenciais.

- Descrição das principais atividades realizadas no período.
- Descrição dos principais resultados alcançados.
- Correlação entre as ações realizadas e as estratégias/objetivos contidos no plano.
- Identificação das metas alcançadas ou não alcançadas, acompanhadas da justificativa (análise crítica).
- Descrição dos recursos utilizados para o desenvolvimento das ações.

Levando em conta os elementos que caracterizamos como essenciais no Relatório de Gestão da 6ª Coordenadoria, podemos afirmar que há deficiências em absolutamente todos os itens.

Percebemos um agrupamento de ações realizadas, sem relação com um plano e organizadas setorialmente. É o tipo de relatório composto por partes que não apresentam relação entre si. O relatório passa a ser a soma dos relatórios provenientes dos setores. Além disso, o modo como está organizado não permite evidenciar as ações verdadeiramente relevantes realizadas pela CRS, pois trata-se de uma série de atividades listadas uma abaixo da outra, como vemos no exemplo a seguir:

“5. Setor de Atenção Integral de Saúde

5.1. Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

- ✓ *Treinamento da Vigilância Sanitária em Porto Alegre*
- ✓ *Cadastro de prescritores da portaria 344 num total de 281*
- ✓ *Recebimento e encaminhamento para incineração de medicamentos vencidos na portaria 344*
- ✓ *Controle de balanços de medicamentos e substâncias psicoativas*
- ✓ *Controle da relação mensal de vendas de medicamentos psicoativos de distribuidoras*

- ✓ Encaminhamento de 14 pedidos de autorização de funcionamento de empresa junto ao Ministério da Saúde
- ✓ Encaminhamento de 07 pedidos de autorização especial junto ao Ministério da Saúde para farmácias de manipulação e distribuidora
- ✓ Rubrica em 04 blocos de fichas de controle de medicamentos da port. 344
- ✓ 84 aberturas de livros de diploma de nível médio
- ✓ Repasse de informações e orientações aos municípios
- ✓ Notificação às VISA municipais quanto à retirada do mercado de determinado produto oriundos pela VISA central
- ✓ Liberação de 421 alvarás de saúde em estabelecimentos de saúde
- ✓ Fiscalização em farmácias para o cumprimento do TAC
- ✓ Em 43 municípios visitados, foram fiscalizadas 132 farmácias
- ✓ Vitorias em farmácias
- ✓ Vitorias em distribuidoras
- ✓ Cadastro dos serviços de radiodiagnóstico médico e odontológico e ação”.

Como vemos, além do caráter simplesmente “enumerativo” do relatório, dois outros aspectos chamam a atenção no exemplo: a abordagem exclusivamente quantitativa e a presença de ações que são rotineiras e fazem parte das atribuições diárias da Vigilância Sanitária, como por exemplo “vistorias em farmácias”, “Controle de balanços de medicamentos e substâncias psicoativas”, “vistorias em distribuidoras”.

A exemplo das ações da Vigilância Sanitária, praticamente todas as demais ações são quase que exclusivamente descritas em termos quantitativos, chegando às últimas conseqüências no Setor de Administração:

“12. Setor Administrativo

Administração

- ✓ 62 ofícios
- ✓ 30 informações
- ✓ 91 processos novos
- ✓ 32 processos antigos para parecer
- ✓ Km rodados por viatura = 13.22 Km em março
- ✓ Km rodados por viatura = 20.232 Km em abril
- ✓ 37 municípios visitados
- ✓ 22 dias viajados
- ✓ 88 pessoas deslocadas”

A pergunta básica é: qual a necessidade ou importância dessas informações num Relatório de Gestão regional? Em nenhum momento no Relatório de Gestão aparece, por exemplo, uma questão importante no que diz respeito à administração, e que em geral é problemática em quase todas as repartições públicas: o tempo de tramitação dos processos. Não seria mais importante verificar se se conseguiu reduzir o

tempo de tramitação de processos (o que dá mais agilidade à organização) do que saber quantos ofícios foram feitos?

Vale ressaltar ainda que em nenhum momento, no relatório, é feita uma análise das atividades realizadas. O que significa 31 registros de diplomas de nível médio? Ou 132 farmácias fiscalizadas? Absolutamente nada! Afinal, quantas farmácias existem? Quantas haviam sido visitadas no período anterior? Em que condições se encontravam as farmácias, de um modo geral? Qual o resultado das vistorias?

Outro ponto relacionado aos elementos que consideramos essenciais num Relatório de Gestão, é que esta enumeração excessiva de atividades realizadas dificulta a visualização e a distinção entre aquilo que é importante daquilo que não é. Vejamos outro exemplo:

“3. Controle Social

- ✓ *Representação da 6ª CRS nas reuniões plenárias do Conselho Regional de Saúde (cinco reuniões)*
- ✓ *Audiência Pública da 6ª CRS com o Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Carazinho*
- ✓ *Audiência Pública da 6ª CRS com o Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Serafina Corrêa*
- ✓ *Organização da Plenária Regional de Saúde 12/04 que definiu as microrregionais e elegeu as novas entidades conselheiras do Conselho Regional de Saúde para o período de 1999 e 2000.*
- ✓ *Elaboração do folder preparatório e organização do Curso de Conselheiros Regionais e Municipais, realizado em 14 e 15 de junho, tendo como local o Instituto de Filosofia Berthier e como entidades assessoras: Conselho Estadual de Saúde; Famurgs; Conselho Regional de Saúde e 6ª CRS*
- ✓ *Participação na Plenária Municipal de Saúde para a escolha dos conselheiros municipais de Saúde do município de Sertão*
- ✓ *Assessoria à Plenária do Conselho Municipal de Saúde no município de Passo Fundo.”*

Embora verifiquemos que as ações realizadas neste item estão melhor descritas e tenham maior afinidade com questões importantes relacionadas ao papel da Coordenadoria, podemos observar também que figuram numa mesma relação a elaboração de um *folder* e a organização de um evento que definiu as microrregionais e elegeu novas entidades para o Conselho Regional de Saúde.

Podemos perceber assim, que não houve critérios para a inclusão das ações no relatório. Uma questão fundamental num Relatório de Gestão é a avaliação do quanto se avançou na realização daquilo que foi planejado. Logo, não pode haver Relatório de Gestão adequado se não houver um plano adequado. Não há absolutamente nenhuma

ligação explícita entre o que está descrito no Relatório de Gestão da 6ª Coordenadoria e as ações previstas no planejamento.

Tão importante quanto descrever as ações desenvolvidas durante o período é relatar os resultados alcançados através dessas ações, ou seja, o que mudou a partir da implementação das estratégias. Isto implica numa atividade de auto-questionamento: “em que resultou a representação da 6ª Coordenadoria nas reuniões plenárias do Conselho Regional de Saúde?”

Fica bem mais fácil responder esta pergunta quando o resultado já foi definido previamente, no momento do planejamento, permitindo o direcionamento das estratégias no sentido de alcançá-lo. Também facilita a prestação de contas quando se definem indicadores e metas para o resultado. Por exemplo, se o resultado desejado é “controle social fortalecido”, um indicador (não o único) poderia ser “número de conselhos de saúde com composição paritária”, e a meta poderia ser “100%”. Trataremos mais disso adiante, mas vale destacar que muitas das falhas observadas no Relatório de Gestão da 6ª Coordenadoria se devem a falhas no planejamento.

A própria 6ª CRS reconhece as falhas no momento da elaboração do Relatório de Gestão:

“... a Coordenadoria fez relatórios de gestão todos os anos, 1999, 2000 a 2001. Não, 2001 não fez, apenas 1999 e 2000; 2001 não fez ainda ... a gente vai acabar fazendo porque a Secretaria [Estadual de Saúde] vai exigir, mas não porque esse processo foi construído junto, é uma falha que a gente tem, por vários motivos, sei lá, até da gente mesmo, por motivos de cada um” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Como foi possível observar, e a fala da Coordenadora confirma isso, a 6ª CRS somente elaborou o Relatório de Gestão devido à pressão do nível central, e não devido à necessidade de prestar contas via tal instrumento. Aliás, organizado de tal maneira, o Relatório de Gestão acaba por perder a instrumentalidade, uma vez que não permite uma avaliação do andamento da gestão, impedindo assim um redirecionamento consciente de estratégias.

Curioso é o fato de que, como dissemos anteriormente, a Coordenadoria desenvolver ações de orientação aos municípios em relação à elaboração do Relatório de Gestão municipal.

Embora o Relatório de Gestão da 6ª CRS esteja longe de configurar um instrumento de gestão capaz de (re)orientar as ações da gestão, isto não significa que a 6ª CRS é (está) isenta de prestar contas. A própria exigência da SES/RS gera um

movimento interno à CRS que mobiliza esforços para a prestação de contas. Além disso, o próprio Conselho Regional de Saúde configura um ator importante, exigindo da 6ª CRS algum tipo de prestação de contas.

No entanto, não observamos regularidade/ sistematicidade nesta prestação de contas. Ao nosso ver, isto se deve à relação de parceria estabelecida entre o Conselho e a Coordenadoria, fazendo com que esta última estivesse presente na maioria das reuniões do colegiado. Isto fez com que o Conselho ficasse muito a par, sempre, daquilo que a 6ª CRS estava desenvolvendo. Embora consideremos este mecanismo de prestação de contas válido, uma vez que permite ao Conselho um acompanhamento *pari passu* das ações, julgamos importante que a 6ª CRS e o Conselho estabeleçam uma frequência mínima para prestação de contas e utilizando como principal instrumento o Relatório de Gestão.

Internamente à 6ª Coordenadoria também gerou-se um sistema de petição e prestação de contas. Este sistema foi mais rigoroso no primeiro e segundo ano da gestão, tornando-se mais “frouxo” (mas não menos operante) com o passar do tempo.

Em 1999 foi utilizado um instrumento individual de prestação de contas, onde cada servidor deveria indicar o que havia feito no decorrer do trimestre. No entanto, este instrumento está longe, muito longe, de ser um instrumento de avaliação de desempenho. Segue abaixo o instrumento utilizado, seguido de um exemplo concreto de um funcionário do Setor de Descentralização:

RELATÓRIO DE GESTÃO

Nome: _____ Setor: _____

Prezado/a funcionário/a

Estamos elaborando o relatório de gestão do último trimestre (julho/agosto/setembro). Solicitamos que elabore o relatório das atividades realizadas neste período observando os itens abaixo:

escreva todas as atividades de rotina relacionados aos programas sob sua responsabilidade.

Descreva as atividades relacionadas aos programas sob tua responsabilidade, mas que ocorrem esporadicamente, indicando a data de realização.

Descreva tua participação em eventos, identificando: nome do evento (palestras, cursos, treinamentos, assessorias)

Tua participação foi como ouvinte/ palestrante/ coordenador ...

Data em que ocorreu

Local

Número (aproximado) de pessoas que participaram

1 – Compilação dos dados profissionais da Enfermagem existentes nos municípios de abrangência da 6ª CRS

2 – Orientações prestação de contas recurso da Municipalização Solidária nº munic. São: Ibiaçá; Cacique Doble; Soledade; Campos Borges; Sertão.

3 – Elaboração material para CRS, curso de capacitação de gestores, secretários municipais de saúde.

4 – Avaliação relatório de gestão 1999 – Santo Antônio de Palma, São Domingos do Sul, Sertão e Gentil

5 – Elaboração de planilhas recursos recebidos das várias fontes existentes para os municípios 6ª CRS

6 – Digitação em geral.

Observando o instrumento utilizado para compor o Relatório, é possível compreender o porquê do modelo fragmentado do mesmo. Também fica claro um caráter de certa forma controlista do instrumento (embora não possamos afirmar que esta era a intenção), centrado basicamente no processo e nenhum pouco voltado para os fins. O teor controlista advém do fato de o relatório procurar saber “o que faz”; “aonde vai”; “como fez”, ao invés de procurar saber “a partir do trabalho que realizou, que resultados alcançou?” “o quanto o trabalho desenvolvido contribuiu para a missão da organização?”

Ainda há uma tradição da administração em gerenciar de acordo com uma abordagem taylorista, de forma burocrática e com base na supervisão direta, no controle de horários, de produtividade. Esta cultura se revela mesmo onde há tentativa de mudança, como na 6ª Coordenadoria, onde a principal intenção era imprimir maior responsabilidade aos servidores e à organização como um todo.

Ao nosso ver, o tipo de informação que figura no relatório individual é a informação que em hipótese alguma deveria estar presente num Relatório de Gestão ou num relatório de desempenho. É claro que conhecer o que cada um faz cotidianamente é

importante para qualquer direção, mas deve ser objeto de reuniões, de acompanhamentos, conversas, não de um Relatório de Gestão.

Esse instrumento foi sendo substituído por uma maneira de se prestar contas, muito menos formalizada, mais baseada no compromisso do que no controle. Este mecanismo se dá a partir das Reuniões de Coordenação, onde cada coordenador vai relatando o que tem feito e o que tem alcançado. No entanto, observamos a passagem de um extremo ao outro, ou seja, de um instrumento com características reguladoras para a assistemática.

“... a prestação de contas ela se dá automaticamente nas reuniões assim que você vai ... diariamente você vai sabendo o que acontece [...] na verdade é realmente uma equipe de trabalho e a prestação de contas ela se dá dessa forma. Agora, eu não tenho nenhuma coisa tipo assim, uma planilha, sabe? Que eu tenha que ficar marcando ali e tal, quantificar, não, isso eu não tenho” Coordenação de Planejamento e Regulação.

“De avaliação mesmo, o que a gente faz ... as reuniões semanais, a gente costuma assim, cada pessoa responsável por cada setor, os coordenadores que estão na reunião fazem um relato verbal da semana e da previsão que se tem ...” Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Julgamos importante esta “responsabilidade” cotidiana a respeito das ações de cada coordenador, fazendo com que estes, uma vez que devem prestar contas do seu setor, cobrem de seus trabalhadores. No entanto, esta atitude de responsabilização não é excludente em relação à sistematicidade da prestação de contas. E sistematicidade implica, além do envolvimento de todos os sujeitos, em ter um método, ter uma regularidade, ter instrumentos e saber do que se está prestando contas.

Afinal, como apresentar resultados sem registrá-los? Como mostrar que as metas foram alcançadas, se não há um instrumento que as contenha? Como rever os planos? O que estamos querendo dizer é que, embora os funcionários em geral e em particular os coordenadores, estejam submetidos à prestação de contas e se responsáveis por prestá-las, não há sistematicidade nem formalidade, o que compromete a qualidade desse sistema.

DESTAQUES

A 6ª CRS, principalmente através do fortalecimento do controle social na região, imprimiu ao sistema maior responsabilidade, procurando através da reestruturação e apoio ao Conselho Regional de Saúde, do envolvimento dos conselhos municipais de saúde em espaços de tomada de decisão regional e da capacitação de conselheiros, ampliar o espaço de atuação destas instâncias de gestão. Além disso procurou articular-se com movimentos sociais e populares.

Em relação aos municípios, foi rigorosa na cobrança do Relatório de Gestão, principal instrumento de prestação de contas na região. A exigência da prestação de contas das secretarias municipais de saúde aos conselhos e em Audiência Pública favorece a construção de uma cultura de transparência da gestão e conseqüente ampliação da responsabilidade. Ainda assim, a CRS não conseguiu realizar avaliação de resultados, enfatizando muito mais as questões financeiras que as ações e impactos.

Já o Relatório de Gestão da 6ª CRS apresentou fragilidade, sendo feito mais a partir da soma dos relatórios setoriais que da apresentação de resultados e ações realizadas pelo todo. Também este teve maior ênfase sobre o controle dos processos que dos resultados, inicialmente. Depois partiu para uma assistemática quase total, o que dificulta o processo de petição e prestação de contas.

IV.2.2. Metas, indicadores e avaliação de resultados: os grandes ausentes

Como visto há pouco, o sistema de saúde da região da 6ª CRS tem como destaque no âmbito do Sistema de Petição e Prestação de Contas o fortalecimento do controle social, principalmente através dos conselhos de saúde.

Porém, é importante diferenciarmos o controle político social do controle técnico da qualidade, também enfatizado no Sistema de Direção de Matus. Em relação ao primeiro já relatamos os avanços obtidos na região da 6ª CRS. Já em relação ao segundo, não observamos o mesmo desenvolvimento. O modelo de gestão proposto por Matus, e cada vez mais enfatizado na área da Administração Pública, tem insistentemente destacado a avaliação da qualidade dos resultados (caso necessário, rever parte I, especificamente a relação entre PES e Administração Pública). A 6ª CRS apresentou deficiências nesse sentido.

Surgiram várias dificuldades para se proceder a avaliação da gestão municipal, conforme relatado pela Coordenadora de Descentralização:

“... a gente tem uma certa incapacidade de avaliar a gestão, porque a gestão ela é uma coisa muito ampla, ela envolve profissionais, vontade política,

recursos, enfim ...”

Também já foi citado anteriormente a dificuldade de a CRS avaliar os relatórios de gestão municipais, dificuldade decorrente, dentre outras coisas, da dificuldade de os municípios elaborarem tal relatório.

De acordo com o que pudemos observar, e levando em conta nosso referencial teórico, apontamos como os principais motivos da dificuldade enfrentada pela 6ª CRS para avaliar a gestão a ausência de pactuações, indicadores e avaliação de resultados, podendo resumir esta dificuldade na seguinte pergunta: Como avaliar a gestão (e os resultados) quando não se sabe o que deve ser avaliado?

Segundo Matus (1996), a prestação de contas e a avaliação devem se dar sobre compromissos concretos (resultados sobre problemas, realização de estratégias). Por isso, é necessário definir os resultados. Lembramos que Matus propõe um Sistema de Petição e Prestação de Contas por Desempenho, onde deve-se prestar contas das operações (definidas no momento do planejamento) realizadas e o seu impacto no Vetor de Descrição do Problema (VDP), que nada mais é do que um indicador. Além disso, o sistema de gestão do PES pressupõe o envolvimento dos avaliados nas discussões sobre o que, quando, por quem e como será feita a avaliação. Isso pressupõe um processo ampliado de pactuação.

Percebemos que no caso da 6ª Coordenadoria o problema em relação à avaliação da gestão municipal se dá anteriormente à prestação de contas em si (apresentação do Relatório de Gestão e Audiência Pública), ou seja, há dificuldades para se avaliar a gestão porque não se tem claro o que avaliar.

No questionário aplicado aos secretários municipais de saúde da região, 24 afirmaram que a 6ª CRS realiza avaliação dos municípios, sendo que 16 consideraram a avaliação *rotineira ou sistemática* e 9 consideraram eventual. No entanto, quase todos (26) afirmaram desconhecer quais são os critérios de avaliação utilizados pela 6ª CRS¹⁹.

Quando questionada a respeito dos critérios utilizados para a avaliação do Relatório de Gestão dos municípios a Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social refere-se à comparação entre o Relatório de Gestão e o Plano Municipal de Saúde. No entanto, os planos de saúde também apresentam debilidades (como será discutido adiante) e de uma maneira geral não há relação lógica entre os relatórios e os planos.

“... nós temos que pegar o plano municipal de saúde e ver se isso está previsto no plano. Mas esse processo não está sendo feito nesse ano

¹⁹ Os secretários municipais podiam assinalar mais de uma resposta.

porque não se tem, tem uns que tem, mas a maioria não tem ainda o seu plano municipal de saúde para essa gestão. Esses são alguns critérios para a avaliação e aprovação do relatório de gestão, cruzar com o plano de aplicação na questão financeira e a outra é cruzar com a questão do plano” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Quando questionada sobre a existência de outros critérios:

“Não, assim ó, na realidade quem está analisando agora o descritivo sou eu, porque é como eu te falei, a gente está tendo dificuldades dentro do setor, são só quatro pessoas [...] antes a gente registrava, questionando os municípios algumas coisas, por escrito, devolvia o plano prá eles. Eu acho que era muito mais efetivo do que a gente está fazendo agora”.

A exceção das pactuações propostas pelo Ministério da Saúde, em geral bastante inflexíveis, não há pactuações de resultados ou ações a serem realizadas entre a 6ª CRS e os municípios. Em decorrência, também não existem metas e indicadores globais estabelecidos para a avaliação dos sistemas de saúde municipais. Logo, os municípios acabam por não saber exatamente do que prestar contas, terminando por cair em dois erros no momento da prestação. a) o vazio total, onde o Relatório de Gestão é composto mais por informações gerais (história e características do município, organograma da secretaria de saúde ...) do que de informações a respeito das atividades realizadas e resultados alcançados; b) a enumeração infundável de ações e dados de produção sem a menor relação entre si e sem nenhuma análise das informações (tabelas e mais tabelas com informações epidemiológicas e dados de produção ambulatorial e hospitalar).

Não estamos dizendo que a 6ª Coordenadoria não trabalhe com indicadores, mas sim que estes não estão colocados à disposição para uma avaliação global da gestão municipal, uma vez que os pactos sobre ações e metas, definidos sobre problemas concretos, apresentam limitações.

Como não existem resultados e metas definidos, o monitoramento se dá muito mais em função dos processos. Já citamos anteriormente o trabalho das Equipes de Assessoria da Coordenadoria junto aos municípios como um mecanismo de avaliação mais próximo da realidade. Estas equipes constituem-se no principal mecanismo de monitoramento dos processos. Ou seja, no que diz respeito à avaliação, as Equipes vão até os municípios com o intuito de observar como o município tem desenvolvido suas ações, procurando identificar as principais dificuldades. Isto não quer

dizer que as Equipes de Assessoria não busquem verificar os resultados, mas como estes são indefinidos torna-se difícil verificá-los.

Ao nosso ver, a definição junto com os municípios dos resultados a serem alcançados é fundamental para a organização do Sistema de Petição e Prestação de Contas, isto porque um resultado é um compromisso assumido entre duas partes que ajuda a clarear “o que” estará sendo cobrado.

É certo, por sua vez, que definir os resultados não é tarefa fácil, especialmente no setor saúde, onde os resultados são influenciados por múltiplos fatores, internos e externos ao setor. Por isso, torna-se importante mesclar resultados mais imediatos e facilmente quantificáveis (produtos conforme o PES e *outputs* conforme o NGP) e resultados mais qualitativos e finais (resultados para o PES e *outcomes* segundo o NGP).

Ainda falando do monitoramento, a 6ª CRS trabalha com um vasto número de indicadores, cada setor trabalha com um determinado grupo deles, o que permite fazer determinadas avaliações. No entanto, não há um conjunto mínimo de indicadores globais e condensados capazes de dar uma idéia geral do sistema regional de saúde. Por isso, podemos afirmar que a deficiência neste componente do Sistema de Petição e Prestação de Contas não se dá em função da inexistência de avaliação, mas da fragmentação das várias avaliações realizadas. No entanto, vale ressaltar que as Equipes de Assessoria se apresentam como um potente dispositivo para superação dessa fragmentação.

O que foi tratado até aqui em relação à petição e prestação de contas em relação aos municípios é válido para o interior da Coordenadoria. Assim, do mesmo modo que inexistem critérios claros de avaliação, resultados bem definidos e metas a serem alcançadas na relação entre municípios e Coordenadoria, também não existem em relação aos funcionários e as coordenações da 6ª CRS.

DESTAQUES

A análise do resultado do questionário aplicado aos secretários municipais de saúde *vis a vis* as dificuldades relatadas pelos coordenadores da CRS para avaliar os municípios permite verificarmos que para as principais “queixas” da CRS em relação aos municípios – relatórios de gestão que pouco informam, desorganização no momento da prestação de contas – equivalem as “queixas” dos municípios em relação ao desconhecimento dos critérios utilizados pela 6ª Coordenadoria para avaliação.

As principais dificuldades enfrentadas pela 6ª CRS para avaliar a gestão municipal decorrem da ausência de resultados definidos previamente e de forma pactuada com o conjunto dos secretários municipais de saúde. Isto permitiria o esclarecimento quanto a “o que” é importante se avaliar, talvez de forma microrregionalizada, para levar em conta as características de cada conjunto de municípios. Além disso, poderia se estabelecer conjuntamente os meios e os prazos para a avaliação.

Sem pactuação de resultados e metas entre os municípios e a 6ª CRS ficará difícil tanto para os municípios prestarem suas contas quanto para a Coordenadoria avaliar os primeiros.

Podemos afirmar, com base nas discussões acima, que o Sistema de Petição e Prestação de Contas na região foi prejudicado pela deficiência no controle técnico da qualidade das ações e serviços prestados.

IV.3. Descentralização e autonomia/ Sistema de Gerência por Operações

Nesta categoria de análise buscaremos analisar cinco aspectos que consideramos importantes para a descentralização e para a autonomia, que se enquadram no Sistema de Gerência por Operações de Matus: o planejamento/plano; a participação no processo decisório; os espaços de comunicação; a gerência orientada por resultados e o financiamento das ações.

IV.3.1. Planejamento: um desafio para a 6ª CRS e para os municípios

A 6ª CRS não possui um plano. Isto é, não possui um plano formalizado, um documento que possa ser apresentado. No entanto, não podemos afirmar que não tenha havido planejamento.

As primeiras ações da equipe gestora foram, justamente, de planejamento. Inicialmente com a participação restrita, apenas com os próprios coordenadores e, posteriormente, oficinas de planejamento ampliadas, com todos os funcionários.

O relatório de planejamento realizado no início da gestão pelos coordenadores, principal instrumento encontrado por nós no que diz respeito ao planejamento da 6ª CRS, e ao qual retornaremos várias vezes, previa a seguinte seqüência para o processo de planejamento na região:

- “1. Diagnóstico/ organização da casa/ definições gerais;*
- 2. Coordenação, definições gerais;*
- 3. Planejamento dos setores/ sensibilização dos funcionários;*
- 4. Seminário geral/ planejamento com todos os funcionários;*
- 5. Municípios/ Movimentos sociais populares”*

Como vemos, a pretensão era de realizar um movimento amplo de planejamento, envolvendo todos os funcionários da CRS num primeiro momento e, em seguida, envolvendo a participação dos municípios e dos movimentos sociais atuantes na região.

Antes de analisarmos como se desenvolveu na prática essa seqüência prevista, gostaríamos de explorar um pouco mais a primeira fase do planejamento, realizada somente pelos coordenadores. A principal fonte de informação, como já adiantamos, é o relatório da reunião realizada no dia 16/08/1999. Este documento traz as linhas gerais a serem seguidas pela Coordenadoria, as políticas a serem

implementadas na região, além de uma análise de conjuntura (uma análise situacional).

Esta análise destaca aspectos negativos da realidade a ser enfrentada:

- Desvalorização do serviço público;
- Desproporção entre a distribuição de recursos feita pelo Governo Federal e as responsabilidades assumidas por estados e municípios;
- Fortalecimento do setor privado;
- Desmotivação dos funcionários da 6ª CRS; pouca qualificação para a exigência do trabalho;
- Caráter clientelista e patrimonialista das relações entre municípios e 6ª CRS e entre municípios e usuários, principalmente em períodos eleitorais;

Apesar do cenário mostrar uma conjuntura, em geral, desfavorável à implementação de uma proposta de valorização de um sistema público de saúde, haviam aspectos positivos, que apontavam para a construção de micro-espacos de poder, capazes de fortalecer um processo mudancista:

- Comprometimento do gestor estadual com o SUS;
- Municipalização Solidária da Saúde²⁰;
- Governador comprometido com a implementação de políticas públicas de saúde;
- Envolvimento tanto na SES quanto na CRS de pessoas com formação em saúde coletiva;
- Possibilidade de maior número de prefeituras administradas pelo PT a partir das eleições de 2000;
- Orçamento Participativo;
- Fortalecimento do Controle Social.

A partir da análise do contexto, a equipe de coordenadores identificou, ou melhor, selecionou quatro problemas centrais, a serem trabalhados desde imediato:

“a) Quanto à cultura sobre a saúde e o papel do servidor

- *Escassez de recursos humanos*
- *Necessidade de requalificação dos RHs*

b) quanto à infra-estrutura

- *Falta de espaço físico para acomodar os servidores*

c) quanto às informações e a relação com o nível central

²⁰ Nomenclatura dada à política de financiamento implementado no Estado do Rio Grande do Sul. Esta política será melhor discutida adiante.

- *Falta de comunicação interna entre os setores e falta de comunicação com o nível central*
- d) *Herança do estado*
 - *Herança de uma estrutura burocratizada”*

O que pudemos perceber no momento da seleção dos problemas centrais é que estão todos voltados para o interior da 6ª CRS, não há seleção de problemas relacionados ao sistema de saúde da região como um todo, ou seja, a seleção dos problemas centrais não levou em conta a missão da organização – a satisfação da demanda dos clientes (no caso, os municípios). No entanto, consideramos este fato compreensível, tendo em vista a situação em que se encontrava a 6ª Coordenadoria no início da gestão (ver discussão em Direcionalidade).

Como visto anteriormente, o sentimento que tomara os servidores era de que a Coordenadoria iria acabar; havia escassez de recursos humanos e a organização estava literalmente sem rumo, perdida entre os municípios e o nível central da SES/RS, cumprindo uma função burocratizada. Por isso os problemas centrais naquele momento, para os coordenadores, eram de fato relativos ao interior da 6ª CRS. Não haveria como voltar os olhos para o sistema, para os municípios, sem antes “arrumar a casa”.

Tendo realizado uma análise de conjuntura e identificado os problemas centrais naquele momento, a 6ª CRS definiu as suas políticas e, em seguida, as grandes linhas de ação.

“...

5. Políticas da 6ª CRS

- *Descentralização*
- *Construção das cinco microrregionais*
- *Municipalização Solidária e Controle Social*
- *Organização Hierarquizada da Rede de Ações e Serviços de Saúde*
- *Atenção Integral*

6. Políticas de Atenção Básica

- *Atenção farmacêutica*
- *Serviços de referência*
- *Centro de referência*
- *Saúde da mulher*
- *Saúde do trabalhador*
- *Saúde mental*
- *Ambulatórios e hospitais*

7. Capacitação de Recursos Humanos internos e externos

- *Pólo de capacitação – escola (novo modelo de saúde)*
- *Nuresc*
- *Relação Universidade de Passo Fundo – formação de profissionais*
- *Papel do Hospital da Cidade*
- *Novo modelo de Saúde*

8. Capacitação de conselheiros e fortalecimento dos Conselhos e Movimentos Sociais e Populares;

9. Novo modelo de gestão da 6ª CRS

- *Conselho Político*
- *Comissão Intergestores Bipartite Regional*
- *Coordenação do Conselho Gestor*
- *Conselho Regional de Saúde*
- *Orçamento Participativo*

Vale acrescentar que além dessas políticas mais gerais, em sua maioria reforçando princípios, naquele momento foram definidas as políticas de relações da 6ª CRS, incluindo a relação com os municípios, com o Conselho Regional de Saúde, com os Movimentos Sociais da região, com os demais órgãos de governo, com o Orçamento Participativo, com os hospitais, etc. Voltaremos a discutir algumas dessas relações adiante. Gostaríamos, neste momento de dar destaque às “*linhas de ação*” da Coordenadoria, que consistiram em:

- “ • *Construção do Modelo de Atenção Integral à Saúde em todos os níveis*
- *Capacitação e valorização do/as trabalhadores/as de saúde*
- *Articulação intersetorial e interinstitucional*
- *Fortalecimento da participação popular e controle social*
- *Busca permanente de recursos para a saúde*”

Anteriormente, nas discussões sobre a missão da 6ª CRS, caracterizamos essas mesmas linhas de ação como as prioridades consideradas pelos coordenadores.

Este encontro, e outros tantos prévios, consolidaram um projeto compartilhado pelo conjunto dos coordenadores, uma proposta, uma política de saúde a ser implementada tanto no interior da Alta Direção (6ª CRS) quanto na Macroorganização (região da 6ª CRS). Este processo de planejamento foi o grande norteador das ações, definindo as políticas gerais e, ainda que de forma não explícita, elencando algumas prioridades.

Foi realmente uma pena que este processo não tenha se consolidado num plano escrito, onde se pudesse constantemente rever as prioridades, lembrar as linhas de ação. Na verdade este não se esvaiu porque contou, acreditamos, além da memória dos coordenadores, com uma definição muito clara na cabeça de cada um deles do papel a desempenhar, ou seja, da missão a cumprir. Um outro elemento que identificamos, que explica o porquê da não transformação deste processo em um plano, está nas etapas previstas para o planejamento. Quer dizer, este não era o planejamento definitivo, era apenas o planejamento da equipe coordenadora, haviam outras etapas a seguir: o planejamento com os demais funcionários da CRS, com os municípios e movimentos; o

momento em que o plano ganharia legitimidade e se constituiria, de fato, num instrumento de gestão. Infelizmente, como veremos a seguir, este ciclo previsto não se completou e, embora tenha avançado, não se consolidou um plano.

Após esse primeiro momento, e buscando já implementar algumas das diretrizes traçadas, os coordenadores partiram para a ampliação dos debates, buscando envolver o conjunto dos servidores, desde os de nível médio até os de nível superior, num processo de planejamento ampliado.

O primeiro passo foi sensibilizar os funcionários para participar (lembramos novamente que a desmotivação imperava naquele momento). A partir de então foram realizadas grandes oficinas de planejamento com a participação de todos. A 6ª CRS teve assessoria da Universidade de Passo Fundo, que organizou o método a ser utilizado - O Planejamento Estratégico Situacional.

Analisando as planilhas de planejamento, no que diz respeito ao levantamento dos problemas, é possível perceber o quanto era indefinido o seu papel para os servidores naquele momento. Os trabalhadores da 6ª CRS ocuparam-se quase que exclusivamente dos seus problemas, como mostra a listagem abaixo:

“AGRUPAMENTO SÍNTESE DA LISTA DE PROBLEMAS

- 1. Falta de intersetorialidade*
- 2. Recursos financeiros*
- 3. Equipamentos*
- 4. Baixa gerência da CRS frente aos municípios*
- 5. Política salarial*
- 6. Espaço físico*
- 7. Baixa operacionalidade das ações de saúde*
- 8. Recursos humanos*
- 9. Acúmulo de trabalho*
- 10. Falta de planejamento setor administrativo*
- 11. Falta de capacitação ...”*

Como se vê, praticamente não foram elencados problemas “finais”, relacionados à situação de saúde da população ou das secretarias municipais de saúde, nem mesmo relacionados a uma questão importante a ser tratada pela 6ª CRS, como a organização da assistência supra-municipal, principalmente de média e alta complexidade. Além disso, onde estão os problemas relativos ao controle social, uma das grandes prioridades da CRS?

Destacamos anteriormente a desestruturação da 6ª CRS como o principal motivo para a seleção de problemas deste tipo. Aqui também vale esta explicação mas, no entanto, não acreditamos que esta seja a única. Nossa experiência com planejamento

tem demonstrado o quanto esses espaços têm se transformado em “muro de lamentações”, onde a palavra “falta” é a mais citada (até porque, muitas vezes, este é o único espaço de vocalização que os trabalhadores encontram após longos períodos de subalternidade). Mas independente disso há nos profissionais da área da saúde uma tendência a “esquecer” o motivo da sua existência: o usuário ou cliente.

O levantamento de problemas no mais das vezes são problemas de *seu* interesse, e as estratégias são aquelas que venham a facilitar a *sua* vida. Não negamos a necessidade de se rever as condições de trabalho em saúde, mas precisamos ser capazes de olhar os problemas dos nossos clientes com a mesma perspicácia e avidez com que olhamos para o nosso umbigo. Há um processo de alienação no processo de trabalho em saúde que se manifesta em todos os espaços, seja na unidade de saúde, seja num departamento qualquer de uma secretaria municipal ou estadual de saúde. Esta alienação é evidenciada, entre outras coisas, na falta de compromisso com o cliente, e se reflete, por exemplo, nos levantamentos de problemas.

Essa cultura impregnada no trabalho em saúde refletiu-se também no levantamento dos problemas da 6ª CRS. Além dos mais, iniciava-se ali, de uma maneira mais intensa, a discussão com o conjunto dos servidores sobre a missão, sobre o papel da Coordenadoria e de cada um, até então indefinidos para a maioria dos trabalhadores. Além disso, podemos ainda destacar a inexperiência de quase toda a equipe com processos de planejamento coletivo, além do pouco domínio da ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional.

Concluindo: acreditamos que a característica dos problemas levantados pela 6ª CRS naquele momento foi determinada, dentre inúmeros outros motivos que certamente escaparam à nossa observação, pela articulação dos seguintes fatores: desestruturação da CRS; cultura alienada do processo de trabalho em saúde; indefinição da missão e pouco domínio da metodologia de planejamento utilizada.

Na análise das planilhas de planejamento pudemos perceber que houve uma priorização dos problemas a serem enfrentados, mas que, no entanto, não ficaram claros os critérios utilizados para tal. A ordem de prioridade foi feita em dois momentos. No primeiro, aqueles problemas de ordem mais estrutural, as “faltas” ficaram em primeiro na primeira ordem de prioridade, sendo que em primeiríssimo lugar (mais uma vez) ficou a “*insuficiência em quantidade e qualidade de recursos humanos*”, seguido da “*falta de recursos materiais*”.

Já no segundo momento, houve uma modificação importante na ordem de prioridade, com problemas mais relacionados ao funcionamento do sistema e de

características mais “finais” tomando ocupando mais as primeiras posições. O primeiro problema em ordem de prioridade foi a “*baixa operacionalidade das ações em saúde*”, seguido da “*falta de planejamento na 6ª CRS*” e do “*comprometimento insuficiente de funcionários com o trabalho*”.

Não ficou explícito o motivo e os critérios utilizados para a reclassificação dos problemas. No entanto, chamou-nos a atenção o fato de a segunda ordem de prioridades ser precedida do enunciado da missão da 6ª CRS, colocado no alto, acima da listagem dos problemas. Este fato sugere que pode ter havido alguma discussão sobre qual era o papel da 6ª Coordenadoria na região, levando a uma revisão das prioridades, mais de acordo com a missão e com a situação do sistema de saúde na região.

O passo seguinte do processo foi o levantamento das causas dos problemas, estas foram o alvo do processamento, com definição de estratégias e ações.

A primeira causa a ser processada foi “*Ações fragmentadas nos setores, entre os setores e com os municípios*”, seguida pelo “*comprometimento insuficiente dos funcionários*”. Os critérios para tal seleção não foram identificados.

Na verdade, a 6ª CRS não terminou de processar todas as causas listadas, ou seja, o planejamento das ações a serem desenvolvidas ficou incompleto. Incompleto em vários sentidos. Primeiro porque realmente não concluiu o processamento de todas as causas levantadas e nem de todos os problemas. Em segundo lugar porque as estratégias definidas para atacar os problemas não foram submetidas a nenhuma análise (e construção) de viabilidade, deixando para trás justamente o componente estratégico do plano (e o que observamos foi a definição de estratégias muito gerais, que necessitariam de um tratamento mais refinado). Além disso, não foram definidos mecanismos para a colocação do plano em ação, como por exemplo, a definição de mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação da realização das estratégias e dos resultados.

Apesar das debilidades do processo, algumas das ações planejadas foram levadas à cabo, como por exemplo “*realizar cursos básicos de capacitação sobre o SUS*”; “*ativação do Nuresc (núcleo regional de estudos em saúde coletiva)*” e, principalmente, “*constituir equipes intersetoriais de assessoria aos municípios*”.

Este planejamento não foi acabado, tão pouco o material produzido serviu como instrumento diário de trabalho. As ações que foram implementadas, embora previstas no planejamento, foram alavancadas mais pela aproximação com a missão da 6ª CRS, assessorar os municípios, do que pela instrumentalidade do plano. Essas afirmações baseiam-se tanto nas entrevistas realizadas quanto na observação realizada

em campo. Como exemplo podemos citar que localizar as planilhas de planejamento não foi tarefa fácil, a maioria dos coordenadores não sabiam que fim tinham tomados as mesmas. No fim, um dos Coordenadores localizou as planilhas, que estavam guardadas, para não dizer esquecidas, no Gabinete do Coordenador. Isto demonstra o quanto o plano elaborado perdeu sua instrumentalidade.

Além disso, os próprios coordenadores identificaram a inconclusão e falhas do processo: “... fizemos um trabalho de planejamento, tanto a nível de coordenadores, e depois fizemos o trabalho de planejamento com os funcionários, que na verdade nós não conseguimos, assim finalizar muito bem esse nosso planejamento, sabe?” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

O processo amplo que foi iniciado sofreu um certo esvaziamento, devido à heterogeneidade do grupo, segundo a opinião da Coordenadora de Planejamento e Regulação:

“É um grupo heterogêneo. Quando você tenta planejar você tem uma dificuldade muito grande, até de linguagem, porque você senta para planejar o objetivo da Coordenadoria e aí você começa a falar na NOAS, esse pessoal não sabe o que é NOAS”.

De fato, a opção da Coordenadoria de não dividir os grupos de acordo com a função ou o nível de escolaridade (médio, superior), trouxe essa dificuldade. Também a cultura do “fazer sem pensar” foi apontada pela Coordenadora como um outro motivo para a inconclusão:

“Uma outra coisa é assim, muitos colegas, principalmente o pessoal da Caixa²¹ e o pessoal de nível médio, eles não tem esse hábito de parar e pensar o trabalho. Há pessoas que trabalham há vinte anos e nunca pensaram, nunca pararam para imaginar o que estavam fazendo, para planejar o que estavam fazendo”.

Segundo esta mesma Coordenadora, houve inclusive resistência por parte de alguns funcionários para participar do planejamento.

“Até foi um pouco difícil a aceitação deles também, sabe? E depois que eles compreenderam o processo, alguns até gostaram, outros não gostaram, acharam que não tinha de fazer planejamento, porque isso dá um certo trabalho e tal, mas a grande maioria gostou, até porque a grande maioria é formada por técnicos. Então a gente acaba até empurrando eles, carregando eles”.

²¹ Servidores da extinta Caixa Econômica Estadual, cujos servidores foram transferidos à 6ª CRS.

Esta situação mostra bem o quanto é difícil a instituição de um projeto de mudança nas atuais circunstâncias. Mesmo em propostas que buscam a participação e o envolvimento das pessoas da organização, há sempre movimentos em contrário, que geram resistências, muitas vezes sem um motivo aparente. Qual a possibilidade de perda evidente para qualquer um dos servidores da 6ª CRS na instauração de um processo coletivo e democrático de planejamento, que daria a todos a possibilidade de participar das decisões? Embora nossa resposta imediata possa ser “nenhuma”, os fatos demonstram que as possibilidades existem e não são poucas. Elas estão presentes na maneira como cada um vivencia a sua experiência no trabalho. Os interesses, as motivações, não são uniformes, e determinam muito mais os rumos de uma organização do que imaginamos.

Por isso, ainda que esse processo de planejamento não tenha sido concluído e nem sistematizado na forma de um plano, perdendo um pouco de sua instrumentalidade, é fundamental destacar a sua riqueza.

Numa estrutura pública que gradativamente perdia a sua identidade e os funcionários eram corrompidos pela burocracia alienante, qualquer movimento que colocasse as pessoas para pensar e debater os problemas da região e da própria Coordenadoria, expor os conflitos e as diferenças e fazer propostas de soluções, já serviria para dar uma “sacudida” na organização.

Falamos na riqueza do processo porque ousou romper com a inércia, retirar o trabalhador da rotina alienante, fazendo-o emergir como um participante cuja voz no momento da tomada de decisão é levada em conta, resgatando a condição de sujeito do trabalhador.

Por isso, afirmamos que o planejamento da 6ª Coordenadoria foi mais rico no processo que no resultado, pois ele não se traduziu, de fato, numa ferramenta de gestão. Mesmo assim, o movimento instaurado a partir dele suscitou novos processos de trabalho.

Por exemplo, a partir desse primeiro momento instaurou-se na Coordenadoria uma rotina de reuniões, onde são realizados dois tipos de reuniões, uma setorial, que conta com a participação dos funcionários mais o coordenador do setor; e outra reunião de coordenação, entre os coordenadores dos setores, mais o Coordenador Adjunto, mais o Coordenador Regional de Saúde. Além disso, uma vez por mês há uma reunião geral onde há permuta de informações e visualização de ações conjuntas entre os setores na região.

É bem verdade que nos últimos tempos tem havido dificuldades para a concretização regular dessas reuniões, como foi demonstrado no item Arrastados pela Correnteza, anteriormente, quando comentávamos o risco de a CRS ser engolida pela demanda diária (rotineira) e não realizar ações importantes para manter a organização no rumo (uma delas a manutenção de reuniões regulares de planejamento e avaliação). Mas apesar disso, o fato de ter se criado esses espaços de discussão, que tem se mantido ao longo do tempo (3 anos), revela algum grau de mudança na cultura enrijecida que predominava anteriormente.

“... todas as semanas tem reunião de coordenação, e nessas reuniões então se discutem as questões das políticas mais gerais, e em cada um dos setores se reúnem nas quartas-feiras, para que as pessoas possam se reunir e discutir” Coordenador Regional de Saúde.

“E hoje, atualmente assim, todas as quartas-feiras, no expediente interno, apesar de a demanda ser uma loucura, nós reunimos os setores e aí a gente discute assim as questões mais emergenciais, e tentamos planejar, dentro do nosso tempo, dentro da nossa agenda, que não é muito, sabe? Mas acho que nós, de uma certa forma, nós estamos conseguindo planejar o nosso trabalho” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Houve, sem dúvidas, um novo movimento no interior da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, os funcionários passaram a pensar mais sobre o seu trabalho e ampliaram-se os canais de comunicação internos. No entanto, ao não concluir o trabalho de planejamento e não manter o plano como instrumento guia da ação cotidiana, os diferentes setores da CRS passaram a planejar quase que exclusivamente sobre a conjuntura, realizando programação de curto prazo e perdendo, assim, o arco direcional, ou seja, a visão de futuro, de médio e longo prazo.

As questões “emergenciais” e as “demandas” tomaram conta da agenda dos coordenadores, ocupando boa, se não a maior, parte do seu tempo. Lembramos uma fala do Coordenador de Administração, ao referir-se às reuniões semanais, que elucida bem o quanto os problemas imediatos levaram as coordenações a privilegiar o momento presente, perdendo a noção de temporalidade. O citado Coordenador dizia que naquelas reuniões realizava-se o *“planejamento futuro, futuro da outra semana ...”*.

Gostaríamos, neste momento, de retomar a um outro ponto importante em relação ao processo de planejamento: as etapas previstas para o planejamento no relatório da reunião realizada no dia 16/08/1999. Ele previa, após a reunião de

coordenação, um processo ampliado de planejamento com os funcionários da 6ª CRS, que foi comentado acima, e outro, envolvendo municípios e movimentos sociais e populares. Este último momento não aconteceu. Tanto que, ao perguntarmos aos secretários municipais de saúde da região se conheciam o plano regional de saúde, 100% afirmou que não. E quando perguntados quanto ao conhecimento das prioridades da 6ª CRS para o período, 16 dos 28 secretários municipais que responderam ao questionário afirmaram não conhece-las. Em relação aos demais, que tentaram, literalmente, arriscar as prioridades da CRS, vale dizer que a relação de prioridades apresentou itens tão diferentes que pareciam pertencer a dez coordenadorias diferentes. Ou seja, ninguém conhecia de fato as prioridades definidas da Alta Direção do Sistema.

Fazemos este destaque porque tomando o sistema de saúde da região como uma Macroorganização, e considerando a participação de todos os níveis da Macroorganização no processo de planejamento, podemos afirmar que houve uma perda para a região quando não se levou essa proposta adiante. Um plano regional coeso pode ser montado em conjunto com os municípios, identificando os principais problemas em cada microrregião e definindo as prioridades em cada uma, por exemplo. Além disso, é possível o estabelecimento de metas a serem alcançadas por ambas as partes, o que facilitaria o processo de prestação de contas posterior.

Os motivos da não execução desta etapa prevista no planejamento não foi identificada por nós. É bem provável que a grande responsável tenha sido, de fato, a “demanda”.

Apesar desses problemas no processo de planejamento, observamos que, tomando as grandes linhas de ação definidas no planejamento mais “político” de 1999, de uma maneira geral elas foram implementadas, obtendo destaque a reestruturação interna da CRS, abordada na discussão sobre a Direcionalidade; a ampliação e capacitação de pessoal, pois a 6ª CRS passou de um quadro de 57 para um quadro de 104 servidores e, além disso, todos os servidores participaram de pelo menos um curso de capacitação a cada ano; o fortalecimento do controle social, já bastante discutido anteriormente. Ainda assim, reforçamos o que já dissemos anteriormente, que a implementação dessas ações se deu mais em virtude do compromisso com a missão que pela instrumentalidade gerada pelo planejamento.

Resumindo, poderíamos dizer que no processo de planejamento da 6ª CRS tem destaque as reuniões realizadas no início da gestão pelos coordenadores, que delinearam as políticas de saúde a serem implementadas na região, sendo, portanto, o grande balizador das ações implementadas. Também é positivo (muito) o processo que

abrangeu a quase totalidade dos servidores, rompendo resistências e apostando na construção de sujeitos. No entanto, o planejamento da 6ª CRS apresentou debilidades, principalmente pela sua inconclusão, pela má formulação das estratégias, resultados e metas e pela não previsão de mecanismos que colocassem em prática o plano, como um sistema de monitoramento e avaliação. Além disso, vale ressaltar o não envolvimento dos municípios em um processo de planejamento conjunto, que poderia fornecer à 6ª CRS um foco de atuação em cada microrregião, de acordo com os problemas e prioridades em cada uma delas, além de possibilitar uma petição e prestação de contas mais transparente, calcada sobre compromissos assumidos e resultados esperados.

Outro aspecto a ser analisado no âmbito do planejamento, diz respeito a como se dá este processo nas Microorganizações que compõem a Macroorganização, ou seja, nas secretarias municipais de saúde da região.

Utilizamos como fontes principais para realizarmos a análise a Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social, responsável pela análise de todos os planos de saúde elaborados pelos municípios e também pela assessoria aos mesmos neste assunto e o estudo realizado na região no ano de 1999, pela professora Maria Lucia Mottin para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, intitulado *Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Desafio para os municípios – um estudo no Rio Grande do Sul*. Este estudo consistiu num Estudo de Casos Múltiplos, descritivo, de 35 municípios do Rio Grande do Sul, dentre os quais a sua maioria localizados na região da 6ª CRS. Neste trabalho foram realizadas entrevistas, questionários e análise documental dos planos municipais de saúde.

Começaremos discutindo as informações fornecidas pela Coordenadora de Descentralização da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde. Ela considera a questão dos planos municipais de saúde como uma das principais decepções. Tal decepção acentuou-se principalmente a partir do início dos trabalhos das Equipes de Assessoria, indo aos municípios, onde previamente buscavam reunir o maior número de informações possível sobre o município a ser visitado. O primeiro instrumento que as Equipes buscavam era justamente o plano de saúde do município, onde deveria constar, segundo a expectativa das equipes, as propostas de ação municipal, aquilo que as secretarias municipais de saúde se propunham desenvolver no decorrer da gestão.

“Tal foi a nossa decepção, que a gente sentiu que de fato o plano municipal de saúde ainda é uma questão formal [...] E o que a gente conseguiu perceber também nessa questão assim: ‘eu planejei, eu

tenho isso no papel, mas dificilmente eu consigo ter isso claro, eu digo no meu processo de trabalho, que eu tenho que ter esse plano municipal de saúde como balizador, enfim, como uma biblia; essa é uma questão que foi colocada”.

Para aqueles municípios que possuíam plano de saúde, as Equipes realizavam uma espécie de resumo das ações previstas, dos programas ou projetos prioritários, para verificar como aquelas ações vinham sendo implementadas. A decepção foi realmente grande. Isto porque além de não estarem executando o que planejaram (se é que planejaram), muitas das pessoas que atuavam no município desconheciam completamente o plano de saúde municipal.

“ ... porque se estava no final de uma gestão e início da outra, e a equipe gestora: gestor, conselho, técnicos, desconheciam o que de fato havia sido planejado e o que estava no papel. E essa foi uma decepção, porque a gente foi ver que em muitos municípios o próprio gestor desconhecia o plano [...] E essa decepção vem no momento em que você pede um plano municipal de saúde, reúne a equipe que, teoricamente, você pensa que esse plano foi elaborado por uma equipe, e que o conselho acompanha de fato isso, e tal a surpresa que a maioria deles [dos municípios] não foi dessa forma”.

As conclusões contidas no estudo da professora Mottin (1999) apenas reforçam a percepção da Coordenadora de Descentralização. Seu trabalho mostra o quanto os planos municipais de saúde foram elaborados de maneira ritualística, com o objetivo mais de responder às exigências do processo de descentralização que de utilizá-lo como ferramenta de gestão.

No que diz respeito à elaboração do plano propriamente dito, a autora identificou que dos 35 municípios estudados, apenas dois não referiram dificuldades para elaborar o plano, sendo as dificuldades mais frequentes a falta de equipe com preparo técnico, dificuldades para analisar a situação de saúde e definir os problemas de saúde. Com base nesses e em outros dados, a autora conclui que os planos municipais de saúde foram elaborados com baixa capacidade de governo e pouca governabilidade. Segundo as respostas que obtivemos dos questionários, 21 dos secretários municipais que responderam não possuíam um setor de planejamento e nem um responsável técnico para realizá-lo.

Já em relação ao conteúdo do plano propriamente dito, Mottin (1999) verificou que os planos municipais de saúde apresentavam. “*pouca profundidade*”, com deficiências em todas as suas partes, passando pela pobreza de dados para compor o diagnóstico; levantamento de problemas (quando presente) muito genéricos, com pouca

ou nenhuma explicação situacional e, em geral, não condizentes com a descrição das condições sócio-sanitárias; estabelecimento de intenções gerais, sem descrição do que fazer para enfrentamento dos problemas; não atribuição de responsabilidades pelas ações, ausência de dispositivos para por o plano em prática, entre outros. A conclusão foi de que os planos municipais de saúde não se constituem em projetos de governo potentes. Note que esta conclusão é a mesma a que chega a Coordenadora de Descentralização, expressa de uma outra maneira.

Alguns movimentos foram implementados pela 6ª CRS, visando ampliar a capacidade de governo dos secretários municipais de saúde, como por exemplo as Equipes de Assessoria. Especificamente em relação ao planejamento municipal e à construção do Plano Municipal de Saúde, foram promovidos cursos de capacitação de gestores. Além disso, segundo informações da Coordenadora de Descentralização a CRS buscou assessorar os municípios na construção dos seus planos, através de orientações dadas individualmente e de acordo com as possibilidades.

A questão do planejamento foi objeto de especial preocupação por parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde na construção dos cursos de capacitação de gestores (foram realizados dois cursos). Após um ano de funcionamento das Equipes de Assessoria, a 6ª CRS já possuía um diagnóstico da situação dos municípios em relação à questão do planejamento, o que lhe permitia discutir a estruturação de um curso de capacitação de acordo com as necessidades e dificuldades dos municípios da região em relação à gestão:

“ ... o estudo das assessorias já fazia um ano que estava construído, visitando os municípios a gente conseguiu juntar esses dados e ver qual era a maior dificuldade que eles vinham tendo na questão da gestão, porque como a macro é composta por municípios como Fredrico, Eraxim e Passo Fundo, a gente tentou, e tem uma questão assim de característica, cada uma delas tem a sua característica, mas a gente foi ver que algumas coisas eram comuns a todos, e que a questão do planejamento era uma questão importante e que não vinha sendo trabalhada pelos municípios”.

Partindo dessa percepção, a 6ª CRS elaborou uma proposta de capacitação, que seria, conforme a Coordenadora de Descentralização, bastante adequada às necessidades que se vinha percebendo na região. No entanto, a proposta sofreu alterações na Escola de Saúde Pública do Estado, que naquele momento preparava um projeto de capacitação de gestores para todo o Estado. Vale lembrar que os dois cursos realizados na Região tiveram o apoio daquela Escola. Foi esta que elaborou a proposta

de capacitação de gestão para a região da 6ª Coordenadoria, partindo de discussões com a mesma. Ao que parece, houve divergência em relação ao conteúdo e à forma adotados para trabalhar o planejamento:

Mas então, na questão do plano municipal de saúde, quando a gente elaborou, através da comissão de gestão e planejamento da macro norte, a gente elaborou um projeto orientando algumas coisas que a gente considerava importante para a capacitação de gestores, baseado naquilo que a gente vinha trabalhando dentro dos municípios. A gente colocou esse projeto e encaminhou para a Escola de Saúde Pública, e o projeto, dentro da Escola sofreu uma modificação [...] a gente batalhou, junto com o comitê de planejamento e gestão por várias reuniões para que o nosso projeto houvesse essa modificação de conteúdo, que a gente via como prioridade algumas coisas. A gente conseguiu isso, mas não da forma que a gente queria, por exemplo, o plano municipal de saúde a gente achou que tinha de trabalhar de uma forma mais ao alcance das pessoas dos municípios ...”.

O projeto da Escola de Saúde Pública previa quatro horas-aula para abordar o planejamento. Optou-se por se trabalhar o Planejamento Estratégico Situacional, visando, ao nosso ver, dotar os gestores municipais de um instrumento capaz de auxiliá-los na elaboração de seus planos. No entanto, a Coordenadora de Descentralização acredita não ter surtido efeito esta capacitação, julgando uma distância muito grande entre a maneira como foi trabalhado o planejamento e a prática vivenciada pelos municípios.

“E a gente sentiu que o planejamento estratégico, os municípios não estão acostumados com esse processo, embora eles tenham tido na primeira capacitação, mas no dia a dia isso não existe amarrado, porque não tem pessoas que não estão, não sei se esse é o termo, mas não estão qualificadas prá isso, ou que tenham o conhecimento disso. Então, aquele planejamento estratégico ele foi ... muito bom, muito bom, só que na prática isso ... ele não foi muito ... assimilado”.

Assim, acreditando que as capacitações de gestores não haviam surtido o efeito esperado, a Coordenadora de Descentralização tentou mobilizar a CRS a implementar uma outra dinâmica para ampliar a capacidade de os municípios elaborarem e executarem seus planos. No entanto, a 6ª CRS não conseguiu implementar a proposta:

“Então a gente tentou juntar essa equipe prá ver como que a gente ia acompanhar o plano. Eu fiz a proposta de que a gente deveria, a 6ª coordenadoria, junto com a coordenação e tal, coordenador, de que a

gente deveria reunir os municípios ou por grupos, ou por microrregionais, e trabalhar o plano de uma outra forma, de uma forma mais, trabalhando com planejamento estratégico, chamando a Lúcia prá ajudar, mas como que na prática, de fato, a gente poderia fazer com que eles voltassem para os municípios e pudessem fazer isso?. A gente não conseguiu fazer isso, por questões de organização, estruturais, a gente não conseguiu [...] até porque a gente tem dificuldades, até pela formação da gente, que esbarra em muitos problemas”

Embora não tenha ficado claro para nós os motivos pelos quais a proposta da Coordenação de Descentralização não foi levada adiante, nos parece que a 6ª CRS não conseguiu encontrar uma maneira de ajudar os municípios na elaboração de seus planos. A proposta feita pela Coordenação de Descentralização era pouco estruturada, pois não respondia à pergunta “*Como fazer com que eles voltassem aos municípios e pudessem fazer isso?*”. Além disso, a própria Coordenadoria apresentou debilidades no processo de planejamento, como visto há pouco, o que nos faz acreditar que há uma baixa capacidade de governo para a elaboração dos planos em todos os níveis da Macroorganização em estudo, pois como afirma a própria Coordenadora, há problemas de capacitação também do pessoal da CRS para assessorar o planejamento nos municípios.

Ainda assim, é importante a assessoria que a 6ª CRS, através da Coordenação de Descentralização, consegue dar, embora não consiga alcançar o conjunto dos municípios. A Coordenação de Descentralização tem buscado orientar individualmente os municípios. O problema é que eles tem enfrentado dificuldades para alcançar a maioria dos municípios, daí a proposta anterior de reuní-los por microrregião (15 dos 28 municípios que responderam ao questionário afirmaram não terem sido assessorados pela CRS na elaboração do plano, e 6 não souberam responder).

“Então o que que eu estou fazendo dentro do setor com as pessoas que trabalham comigo: orientando, município por município e , o que que eu faço, por exemplo, o município que puder trazer a equipe prá coordenadoria, a gente agenda prá tentar ver toda a questão do plano, é difícil, porque prá você tirar várias questões do município num mesmo momento, prá vim prá coordenadoria é difícil, então eu estou indo, eu vou aos municípios, agendo o conselho junto né, o orçamento participativo também, trazer mais pessoas prá esse processo. Então já acompanhei alguns no mês passado, que estão elaborando o plano, vamos ver qual é o resultado”.

DESTAQUES

O planejamento realizado pelos coordenadores da 6ª CRS no início da gestão, em 1999, foi o principal norteador das ações desenvolvidas na região, tendo por mérito o fato de ter definido a missão da Coordenadoria e suas principais diretrizes políticas.

O processo de planejamento no interior da Coordenadoria, com o conjunto dos servidores, foi mais rico no processo que nos resultados, pois não resultou num plano, perdendo sua instrumentalidade. Os problemas definidos tinham pouco a ver com a missão, as estratégias eram em sua maior parte genéricas e os resultados não foram bem definidos. Ainda assim, representou um importante momento de comunicação entre os setores, buscando resgatar a condição de sujeito de cada funcionário na construção do SUS.

O planejamento continua representando um desafio para os municípios. Não há demanda por planejamento, os planos ainda são uma formalidade, um documento necessário à habilitação numa das condições de gestão do SUS. A baixa capacidade de gestão, determinada principalmente pela falta de pessoal capacitado para a formulação do plano parece continuar sendo o grande problema neste ponto.

Por fim, podemos dizer que apesar dos esforços despendidos a 6ª CRS ainda não conseguiu encontrar uma maneira eficaz de trabalhar o planejamento com o conjunto das secretarias municipais de saúde.

IV.3.2. Cooperação municipalizada X Cooperação microrregional gerenciada: avanços e percalços na descentralização e autonomia

Já foi destacado anteriormente a missão que a 6ª Coordenadoria se propôs assumir, que incluía como aspecto fundamental a assessoria aos municípios. O que pudemos observar foi que esta cooperação favoreceu o processo de descentralização na região e buscou ampliar a autonomia dos municípios. No entanto, o processo careceu de uma organização microrregional mais articulada e a implementação de mecanismos gerenciais mais comprometedores.

Não podemos classificar o sistema de gerência da 6ª CRS como um Sistema de Gerência por Operações, que se guia pelas operações e ações planejadas, fazendo o acompanhamento de sua implementação e de seus resultados. Este modelo de gerência, um tipo de gerência por objetivos com definição de resultados e articulado a módulos de qualidade total, é bastante característico e difícil de ser encontrado no serviço público. No caso da 6ª CRS seria mais difícil de ser implementado, tendo em vista as fragilidades do processo de planejamento, que não permitiram a definição de ações concretas em sua maior parte.

No entanto, consideraremos para nossa análise as idéias essenciais

destacadas por Matus: a valorização da criatividade e a idéia de que cada nível da Macroorganização deve operar com problemas de alto valor, o que exige um modelo de gestão descentralizado e com autonomia.

Aqui, quando estamos falando de descentralização, estamos falando de poder, capacidade de decisão, e não apenas de descentralização de responsabilidades. Ou seja, para que ocorra de fato um modelo de gerência descentralizado, é preciso que os municípios e também a população apresentem ganho de poder, capacidade de produzir fatos. Para isso a autonomia é fundamental.

O primeiro ponto a ser discutido ao tratarmos desse assunto na região da 6ª CRS é o arranjo organizacional que tomou o órgão gestor. Para tanto, retomamos algumas discussões feitas sobre a Direcionalidade. Retomamos primeiramente o organograma inicial da 6ª CRS, que funcionou durante o primeiro ano da gestão. Neste modelo percebemos claramente a proposição de uma gestão compartilhada, com um colegiado de gestão interno à Coordenadoria, apoiado por duas instâncias com poder decisório - o Conselho Regional de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite Regional – e duas com caráter mais político e consultivo – o Conselho Político e o Orçamento Participativo. Este último teria um caráter mais de parceria do que propriamente como parte integrante do organograma do sistema gestor da saúde na região.

A Comissão Intergestores Bipartite Regional tinha o seguinte objetivo, segundo o Coordenador Regional de Saúde : “ ... *no início da gestão tinha uma função um pouco maior, a Comissão Intergestores Bipartite né e, na regional. A idéia, o objetivo dessa comissão ela tinha a intenção de fazer as pactuações sobre as políticas que eram definidas pela própria região*”.

A referida Comissão era formada por representantes da 6ª CRS mais representantes dos municípios, sendo esta participação microrregionalizada (a região é composta por cinco microrregiões). Julgamos, a princípio, esta uma estrutura bastante representativa para os gestores municipais.

Ainda que tenha se conformado essa estrutura representativa de pactuação entre gestores, ela não se sustentou por muito tempo:

“Isso foi assim um processo interessante e democrático de descentralização de poder bastante interessante, mas com o passar do tempo a nossa Bipartite foi inviabilizada, inviabilizada porque a grande maioria das políticas que a gente acordava elas não são pactuadas de forma regional, elas são de município para município”.

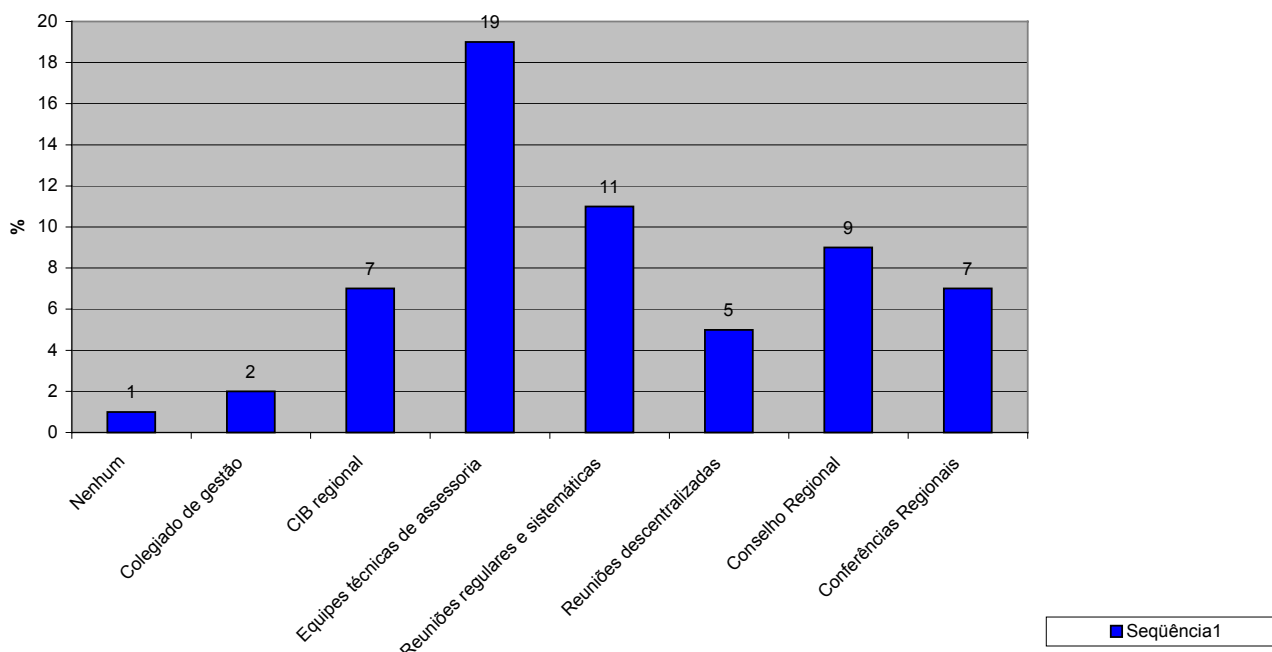
Ao que parece, a ausência de sustentabilidade pelo conjunto dos secretários municipais, principalmente no âmbito das microrregiões, fez com que a CIB regional perdesse forças, sendo que as pactuações se davam apenas entre municípios individualmente, e não de forma (micro) regionalizada como esperava a CRS. As palavras do Coordenador Regional são mais elucidativas neste sentido.

“ ... os municípios iam para os seus, voltavam , mas os Secretários que faziam parte da Bipartite não tinham uma estrutura de debate na própria microrregião, então acaba não tendo de fato um sentido a própria participação desses Secretários, ela acabava legitimando o que o Estado fazia, o que a Regional fazia, mas isso não tinha um vínculo direto com o secretário de saúde, então tivemos que readequar essa política num processo de pactuação individual com cada um dos municípios, isso de certa forma foi se esvaziando natural, foi perdendo um pouco o sentido da Comissão Intergestores Bipartite Regional ...”

Ao nosso ver, perdeu-se um canal importante de negociação ao extinguir-se a CIB regional. Ainda que não tenha sido implementada conforme o desejo da CRS, os secretários municipais de saúde reconheceram a importância desta instância na região. Durante a II Conferência Regional de Saúde houve discussões sobre a reativação da Comissão. Além disso, os gestores municipais da região apontaram a CIB regional como tendo sido, quando da sua existência, um importante canal de comunicação/negociação com a 6ª CRS, sendo que 7 dos gestores citou a CIB como um dos importantes espaços de comunicação, conforme mostra o gráfico 1.

A questão da legitimação das propostas do Estado por parte da CIB regional, apontada pelo Coordenador como um dos motivos de esvaziamento da Comissão, deve-se, em parte, à inexperiência de gestão colegiada na região. Associado a isso, lembramos que as secretarias municipais de saúde da região são em geral muito pequenas, acompanhando o porte do município, e possuem pouca estruturação técnica e administrativa. Isso faz com que haja uma certa dificuldade no momento da negociação, pois as iniciativas propositiva ou questionadora ficam prejudicadas.

Gráfico 1 - Principais espaços de comunicação entre os municípios e a CRS na visão dos gestores municipais de saúde



Obs.: Os secretários podiam responder a mais de uma alternativa.

A outra instância a compor o sistema de gestão da saúde na região durante o primeiro ano foi o Conselho Político. Este contava com uma participação mais restrita e não muito transparente para toda a região. Era formada por movimentos sociais e populares, pessoas da 6ª CRS com cargos de confiança e gestores ou outras pessoas de partidos ligados à Frente Popular no Estado. O Coordenador Regional de Saúde explica qual era a função desta instância:

“ Um outro espaço que se buscava, não com o objetivo de fazer a relação com os municípios, mas de estabelecer uma espécie de conselho que pudesse tirar linhas políticas da Coordenadoria. Nós fizemos um ensaio mesmo de um conselho político da Coordenadoria Regional, esse grupo teria a tarefa de enquanto conselho, tirar as grandes linhas de trabalho”

Na verdade, embora tenhamos englobado no organograma da CRS essa estrutura, não a vemos como um estrutura integrante do sistema de gestão. Isto porque não seria algo transparente dentro da região e nem mesmo aberto a todos, ou seja, era uma estrutura que tinha relação apenas com uma das forças políticas. Ela teria uma função política mais ampla, não restrita às políticas de saúde e seria seletivo em relação aos participantes, com uma clara “partidarização”. Por isso, apesar de permeabilizar o

sistema aos movimentos populares e a outros atores, não teve um caráter abrangente o suficiente para se tornar representativo (e nem se pretendia isso), principalmente para os secretários de saúde que não pertenciam aos partidos da Frente.

Talvez por isso mesmo, e devido ao fortalecimento do Conselho Regional de Saúde, o Conselho Político não durou por muito tempo, sendo que funcionou durante seis a oito meses, sendo extinto em seguida por iniciativa da própria Coordenadoria.

“Na prática teve um funcionamento curto. Nos primeiros seis ou oito meses teve um certo andamento, posteriormente ele também não teve seqüência, até pelo próprio funcionamento com mais capacidade de influenciar ou definir o conjunto das políticas da região sendo assumida pelo Conselho Regional de Saúde, que é uma outra estrutura que dialoga com os municípios”.

Já foi tratado em outro momento a estruturação do Conselho Regional de Saúde como uma das principais ações realizadas pela 6ª CRS, dando autonomia e infraestrutura ao mesmo. Por sua vez o Conselho ampliou a sua representatividade, principalmente com representantes dos municípios das cinco microrregiões. Esta nova configuração deu ao Conselho maior capacidade de influenciar e definir as políticas mais gerais no âmbito da região, tornando-se um importante espaço de discussão entre os vários atores.

“ ... é o espaço público de debate onde se explicitam as diferenças que se tem do ponto de vista da construção e da concepção de saúde [...] e algumas coisas que na concepção dos usuários a Coordenadoria poderia estar equivocada ou não fazendo o melhor caminho, sempre abrimos diálogo, sempre estabelecemos uma negociação, não negociata, mas uma negociação de fato, que permitisse que fossemos avançando na construção política da região”

Por fim, podemos dizer que devido ao esvaziamento da CIB regional e a extinção do Conselho Político, concomitante ao fortalecimento do Conselho Regional de Saúde, este passou a representar o principal espaço formal de negociação entre os municípios e a 6ª CRS. Dizemos formal porque ao observarmos sua estrutura e funcionamento, levando em conta principalmente a frequência de participação nas reuniões, verificamos que esta instância, apesar de ser um canal aberto de negociação e definição de políticas, não tem garantido uma participação real dos secretários municipais de saúde.

Isto porque, em primeiro lugar, o Conselho é um espaço de negociação entre diversos atores, e que, embora tenha a atribuição de ser deliberativo e definidor de

linhas políticas, não tem o caráter de condutor do processo, ou seja, não é gestor. Assim sendo, as unidades executoras das ações (secretarias municipais de saúde e Coordenadoria) necessitam de outros espaços de discussão que sejam mais operacionais, que favoreçam a implementação de ações concretas, questões que situam-se, inegavelmente, no âmbito da gerência e da produção.

Em segundo lugar, o Conselho é um espaço de representação, onde nem todos os secretários estão presentes. Assim, julgamos que se é verdadeiro que com a CIB regional as decisões não eram difundidas até as bases (e muito menos havia consulta à ela), não há motivos para acreditar que isso aconteça dentro do Conselho, uma vez que não se organizaram “*estruturas de debates microrregionais*”, como imaginava a Coordenação Regional.

Por fim, observamos que na relação de frequência das reuniões do Conselho, os conselheiros que estiveram mais ausentes são justamente os secretários municipais de saúde, apesar de identificarem este espaço como um dos principais canais de comunicação/ negociação da região. Assim, este espaço acaba sendo ocupado principalmente pelos usuários, que encontram um espaço legítimo para vocalização de suas demandas e idéias.

Acreditamos que embora o Conselho tenha se fortalecido e ganhado legitimidade junto à Coordenadoria, ainda não alcançou plena legitimidade junto aos gestores municipais, que o reconhecem como importante mas não traduzem esse reconhecimento em participação.

É por isso que entendemos como uma perda para o sistema de gestão da saúde da região a extinção da CIB regional, que possui uma função diferenciada do Conselho, servindo mais para a realização de pactuações entre os gestores municipais e regional e para tomada de decisões mais operacionais e funcionais para o sistema. Ainda assim, os secretários municipais de saúde consideraram o Conselho Regional de Saúde como o principal meio de participação dos municípios para tomada de decisões no âmbito regional. A maioria dos secretários (18) referiram ser o *Conselho Regional de Saúde* um mecanismo de participação na tomada de decisão regional, seguido das *reuniões regulares com CRS e municípios* (9) e das *Conferências Regionais de Saúde* (5).

Apesar das deficiências, a arquitetura organizacional do sistema gestor da saúde da região, com sua conformação atual, representa um avanço, com um movimento de compartilhamento de poder, uma vez que as secretarias municipais de saúde passaram a contar com um espaço para manifestarem-se junto à CRS. Além disso,

a abertura desses canais de discussão para a população, através dos movimentos organizados, representa um movimento ainda mais radical de descentralização, com o “empoderamento” da própria comunidade regional.

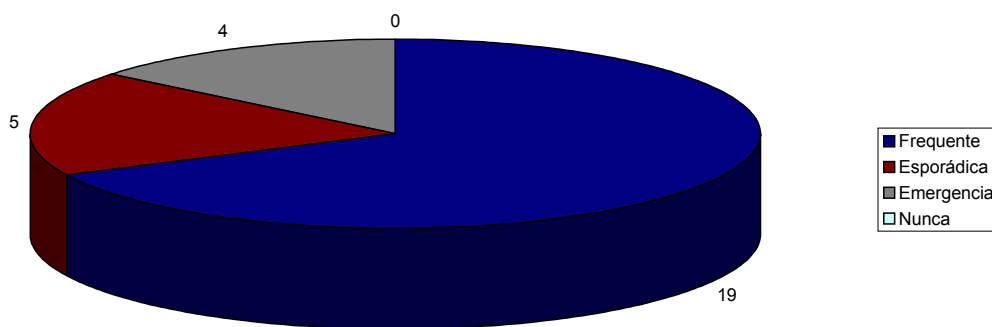
Mas além dessas instâncias regulares de discussão e negociação, outros dois importantes mecanismos foram postos em prática na região.

“Especificamente como comunicação direta na relação com os municípios nós permanentemente, não regularmente, mas sempre está instituída uma relação em que a cada momento importante em que se vai discutir as políticas na região se chama o conjunto dos secretários” Coordenador Regional de Saúde.

Este espaço de “comunicação direta” a que se refere o Coordenador significa nada mais do que aquelas reuniões que não tem data nem local regulares, mas que ocorrem com uma certa frequência e servem como importante e real meio de comunicação. Tanto que os secretários municipais o reconhecem como tal, conforme mostrou o gráfico 1.

Para se ter uma idéia de quanto estas reuniões, que são feitas na maior parte das vezes na 6ª CRS mas que também se realizam descentralizadamente, são importantes enquanto meios de comunicação, a média de chamadas da 6ª CRS aos municípios para debater questões de interesse municipal ou da região nos últimos seis meses foi de 5 vezes por município, praticamente uma reunião por mês. Também por isso, os secretários municipais de saúde reconhecem como frequentes as reuniões realizadas com a 6ª CRS para discussão de questões regionais, conforme aponta o gráfico 2.

Gráfico 2 - Periodicidade de convocações feitas pela CRS para discussão com os municípios sobre problemas que surgem na região, na visão dos gestores municipais



Vale destacar que além das reuniões coletivas, a 6ª CRS também busca diálogo com os municípios individualmente, quando necessário.

“Em alguns momentos, dependendo do tema que vai se debater, que exija uma resposta de todos eles nós chamamos os secretários. Em outros momentos, quando são ações que vão ser, do ponto de vista de orientação para pactuações específicas, na relação Estado e municípios de forma individual, aí nós fazemos alguns debates preparatórios de uma forma coletiva e posteriormente buscamos uma pactuação individualizada” Coordenador Regional de Saúde.

Estes canais “não regulares” são, ao nosso ver, potentes meios para discussão e negociação, ainda que não sejam instituídos em caráter sistemático e permanente. A existência de canais regulares como o Conselho Regional e/ou a extinta CIB, aliados a dispositivos informais de comunicação dão agilidade aos processos de discussão e garantem aos municípios e à população (a 6ª CRS tem por política solicitar, além da presença dos secretários e dos técnicos, a presença de um representante do conselho municipal de saúde) maior participação nos processos decisórios.

Além disso, a participação dos municípios nessas reuniões é satisfatória e chega a surpreender os trabalhadores e coordenadores da 6ª CRS.

“É uma característica muito incrível da Coordenadoria, isso vale um estudo eu sempre brinco aqui, é a participação que nós temos dos nossos municípios nas nossas atividades. Nós temos uma participação em massa, são pouquíssimos municípios que faltam, e os que faltam, no dia seguinte vêm perguntar o que aconteceu” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“A gente percebe que a relação que a gente estabeleceu com os municípios é uma relação muito mais de confiabilidade com o conjunto dos próprios secretários [...] Então, os secretários têm respondido significativamente a todos os eventos que temos marcado, com a participação efetiva deles ...” Coordenador Regional de Saúde.

Esta participação explica-se, em parte pela legitimidade que a 6ª CRS alcançou diante dos municípios, uma vez que estes passaram a ter na Coordenadoria uma instância de apoio, de assessoria.

A Coordenadoria construiu esta relação de parceria com os municípios desde o início da gestão, procurando maior aproximação. A própria ida do Coordenador Regional aos municípios foi tomada como surpresa inicialmente, tanto pelos funcionários da 6ª CRS quanto pelos municípios “... Quando o C. falou em ir aos municípios, nossa ‘aonde é que já se viu o Coordenador ir aos municípios?’ isso nunca

havia acontecido ...” Ex-coordenadora de Ações Integrais em Saúde. Tal surpresa se devia, entre outras coisas à indefinição do papel da Coordenadoria, como visto anteriormente. Mas o importante disso tudo, é que a Coordenadoria procurou estreitar os laços com os municípios:

“E também junto aos municípios, para fora nós começamos a chamar os municípios. E eu lembro que uma das nossas primeiras atitudes foi fazer uma reunião com os municípios, chamar os secretários para eles nos conhecerem e para nós conhecermos eles, e nossa grande dúvida era: será que eles vão vim ou não?” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Esta abertura de diálogo promoveu uma outra relação dos municípios com a CRS, buscando mais apoio às suas ações; e a 6ª CRS assumiu esta função de cooperar técnica e financeiramente com os municípios.

“ ... a gente sempre foi muito aberto, muito honesto com eles [os municípios] , eu lembro que eles chegavam aqui e questionavam algumas coisas, e nós dizíamos ‘olha, nós não sabemos como a gente vai resolver, mas a gente vai, aguarda que a gente vai te dar o retorno, o resultado depois’” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

Esta missão, de assessorar os municípios, foi perseguida pela Coordenadoria durante o período de gestão, e ajudou a estreitar suas relações. O principal dispositivo utilizado pela 6ª CRS para assessorar os municípios na construção dos seus sistemas de saúde foi a composição de Equipes de Assessoria. Havia outros mecanismos, principalmente através do atendimento aos municípios na própria CRS ou por telefone, diariamente. Mas destacamos as Equipes porque entendemos que a partir delas houve um movimento amplo dentro da CRS, com o envolvimento de todos os setores, num projeto matricial, onde os esforços eram não apenas somados, mas articulados.

Além disso, as Equipes, a partir do apoio técnico e da cobrança (também atuou como um mecanismo de supervisão/avaliação) visavam ampliar a capacidade de gestão dos municípios, bem como garantir que estes assumissem suas responsabilidades imputadas pelo processo de descentralização da saúde, ampliando, em consequência a autonomia municipal.

As Equipes de Assessoria surgiram a partir do planejamento realizado pela 6ª Coordenadoria, buscando dar resposta ao problema *“ações fragmentadas nos setores, entre os setores e com os municípios”*.

“...a gente não tem que estar fazendo papel de município, a gente tem que estar orientando aonde resolver o problema. Então, foi muito difícil e aí a gente começou a ... começamos a fazer equipes de assessoria aos municípios, onde a gente também ia conhecer os municípios, conhecer as equipes e ver a realidade do município e acho que hoje nós somos uma grande referência para os municípios” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“Mais tarde a gente mantém esse serviço pra ficar fazendo a ponte com os municípios, mas sentimos, pelo próprio planejamento feito ele remete para a construção de equipes, essas equipes que não ficassem só com esse setor, mas que elas pudessem ser constituídas pelo conjunto dos servidores da Coordenadoria, desde os técnicos até o pessoal de nível médio” Coordenador Regional de Saúde.

“Devido à coordenadoria ter 58 municípios, a gente tem uma certa dificuldade, e aí, no ano de 99 e 2000 se criaram grupos dentro da Coordenadoria, que são grupos de assessoria, a gente procurou ... até no ano 2000 a gente trabalhou com esses grupos de uma forma que cada grupo trabalhava uma microrregional [...] que era um objetivo de chegar mais perto dos municípios” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Durante os anos de 2000 e 2001 essas Equipes percorreram todos os cinquenta e oito municípios da região. Elas eram compostas por pelo menos uma pessoa de cada Coordenação, e iam até os municípios debater problemas enfrentados por eles, procurando soluções conjuntas. Para tanto municiavam-se do máximo de informações possíveis, procurando conformar um panorama geral do local a ser visitado; debatiam anteriormente a situação dos municípios e, quando da visita ao local, detinham uma idéia geral da situação: plano municipal de saúde, Relatório de Gestão, repasse de recursos, aplicação dos recursos, indicadores de saúde, PACS/PSF, vigilância sanitária, etc. Solicitavam a presença não apenas dos gestores e técnicos dos municípios, mas também do conselho de saúde. A partir daí estabelecia-se um diálogo entre os vários atores envolvidos, procurando identificar as causas e as soluções para os problemas levantados, tanto pela CRS quanto pelo próprio município.

A implementação dessas Equipes deu uma outra dinâmica à relação municípios/ Coordenadoria, aproximando-os mais. O objetivo era, dentre outros, de que os municípios fossem capazes realmente de assumir as suas responsabilidades e se tornassem mais capazes de lidar com seus problemas, contanto com o apoio da Coordenadoria. Foi, antes de mais nada, uma experiência inovadora:

“... eu acho que foi um avanço na Coordenadoria, eu já estou há 11 anos na Coordenadoria, e esse foi um trabalho que eu considero que

foi um avanço, porque antes a gente não tinha né, de acompanhar os municípios né, junto com um grupo, fazer um estudo ...”
Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Realmente não havia muitas experiências anteriores de aproximação com os municípios visando apoiá-los, conforme afirmava o Ex-coordenador Adjunto, que trabalha na CRS há mais de 15 anos. A pouca experiência fez com que o projeto tivesse uma cara do tipo “fazer-aprender-fazer”. Havia insegurança no início; alguns acreditavam que os funcionários não estariam “preparados” para realizar essa assessoria (estas afirmações vinham dos próprios funcionários). No entanto, as Coordenações sustentaram a proposta e o resultado foi um ganho tanto para os municípios quanto para a Coordenadoria, que vivenciou maior articulação entre os diferentes setores, potencializando as várias ações antes descoordenadas.

O seguinte trecho ajuda a entender como se iniciaram os trabalhos nos municípios e ressalta a riqueza do processo comunicativo:

“ ... é bastante a necessidade que as pessoas tem de falar, isso foi uma surpresa prá gente porque a gente sempre vai lá com o objetivo não só de falar mas de ouvir também. E de alguma forma a gente foi com uma ansiedade muito grande de repassar informação, repassar informação; a gente tava imaturo nesse processo, e eu acho que com o acompanhamento e o fortalecimento das equipes a gente conseguiu sentir e ver que o objetivo final nesse processo de assessoria era também, ou talvez mais que levar informações, era ouvir essas pessoas e dentro desse ouvir colocar informações que a gente pudesse subsidiar todo esse processo de gestão dos municípios” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

As Equipes terminaram por se tornar um importante meio de comunicação entre os municípios e a 6ª CRS (conforme visto no gráfico 1, anteriormente), gerando grande abertura para a discussão de problemas, solução de dúvidas, explicitação de conflitos, definição de estratégias, enfim, um dispositivo poderoso para o agir comunicativo, tão necessário (e tão ausente) na administração pública brasileira. Acreditamos que mecanismos como esse permitem, inclusive, a superação de uma abordagem exclusivamente estratégica, no sentido enfatizado por Matus e que coloca o outro como adversário a ser vencido numa situação de poder dividido. Desta forma, aproxima-se de uma abordagem mais comunicativa, tal como pensada por Rivera (1995), abordado na parte I deste trabalho.

Tal abordagem põe os municípios na condição de sujeitos da ação, responsáveis pelo desenvolvimento de seus sistemas de saúde, em parceria com a 6ª CRS. Esta abordagem cooperativa, que aposta na constituição de sujeitos (gestores, técnicos, conselheiros) pode colaborar para a ampliação da autonomia municipal.

“ ... no momento em que tu vai com uma visão sobre o todo do sistema de saúde do município, e engloba o debate, o papel que o hospital está cumprindo, o papel da atenção básica, os programas, a parte ambulatorial, o processo, as dificuldades que se tem, o que o estado cumpre com eles e faz bem e os limites que o estado tem também nesta relação é estabelecido ... então se joga, é o momento de jogar, de abrir as cartas, colocar na mesa e a gente poder olhar para o sistema de saúde como um todo, então isso fortalece o município que a partir desse diagnóstico ...” Coordenador Regional de Saúde.

O Coordenador continua, analisando o potencial de mudança, a partir destas relações:

“Então nessa perspectiva é um momento importante, porque a cada dois meses podendo fazer esse diálogo com os municípios ele está podendo de certa forma estabelecendo uma relação de poder fazer uma avaliação e replanejar, redirecionar a política dos municípios, bem como, essa relação sendo adequada para o conjunto da região e o conjunto dos funcionários, é um exercício de um processo formativo” Coordenador Regional de Saúde.

Não foi possível, e nem intenção deste trabalho, verificar o impacto desta política nos municípios. No entanto, há o reconhecimento por parte dos municípios de que este foi (é) um importante mecanismos de comunicação e decisão.

Gostaríamos de destacar que este dispositivo cumpre várias funções, incluindo o de suporte/ assessoria aos municípios (principal), acompanhamento e avaliação e espaço de comunicação. Isto não apenas conforme a nossa avaliação, mas de acordo também com a avaliação dos próprios secretários de saúde da região, pois mais da metade (22) apontou que as Assessorias *fornece informações e ajudam a esclarecer dúvidas e auxiliam os municípios a resolverem problemas complexos*. Além disso, 19 afirmaram que as Assessorias *supervisionam o acontecimento das atividades e realizam avaliações da gestão municipal* e 3 afirmaram que elas *verificam se o município está realizando aquilo que está contido no Plano Municipal de Saúde e no Relatório de Gestão*²².

²² Os gestores podiam assinalar mais de uma alternativa.

No entanto, há alguns limites para esse trabalho, limites de ordem mais estrutural. A 6ª CRS é a maior Coordenadoria do Estado do Rio Grande do Sul, com 58 municípios atualmente e com uma equipe de 104 pessoas. É óbvio que existem outras atividades a se desempenhar pelas equipes no interior da Coordenadoria. Conseqüentemente, as Equipes não conseguem ir aos municípios com a frequência necessária.

Nos dois anos de funcionamento a maioria dos municípios foi visitada apenas uma vez em cada ano. Fica claro que esta demora prejudica o trabalho, pois há um período muito longo entre uma visita e outra, fazendo com que as decisões tomadas “esfriem” e as cobranças feitas sejam esquecidas. Em virtude das limitações, a 6ª CRS tem priorizado alguns municípios, sendo que o critério utilizado é aquele que, na avaliação da Coordenadoria, estiverem em pior situação em relação ao funcionamento do sistema de saúde.

Além dessa dificuldade, e em parte influenciados por ela, estão a questão do tempo e da demanda, já discutidos anteriormente.

Mas apesar das dificuldades, que representam debilidades no processo de funcionamento das Equipes de Assessoria, havia uma preocupação por parte da Coordenadoria de se construir sistemas locais fortes.

“Tá, mas o que é que a gente vai deixar para esses municípios, como é que a gente vai fazer esse município construir realmente o seu sistema, o que que a gente está interferindo de fato no sistema local de saúde? Como é que a gente está avaliando o município? Então acho que daí surgiu a idéia das assessorias” Coordenadora de Planejamento e Regulação.

“... no momento que você chegar no município e tentar COM ELE avaliar a gestão, todo esse processo, e surgirem questões que ou você não tem resposta na hora ou você precisa de um tempo maior você não pode simplesmente sair desse município, engavetar isso daí, voltar e não analisar aquilo que foi feito ou colocado ali, então uma resposta você tem que dar ...” Coordenadora de Descentralização, Municipalização e Controle Social.

Apenas para marcarmos a importância da política de cooperação adotada pela 6ª CRS em relação aos municípios, gostaríamos de abordar alguns documentos, como o relatório de planejamento dos coordenadores. No item 3, que trata das “Políticas de Relação da 6ª CRS”, lê-se no primeiro ponto a política de relação com os municípios, entre outros:

- “• *Apoio técnico, político e financeiro aos municípios no processo de descentralização, municipalização e controle social.*
- *Construção de uma rede sócio-política regional.*
- *Acompanhamento dos processos de municipalização na gestão básica em gestão plena do sistema.*
- *Qualificação e acompanhamento aos conselhos regional e municipais de saúde.*
- *Realizar atividades/ eventos abertos com a comunidade e diferentes setores/ gestores dos e nos municípios.*
- *Informar aos movimentos sociais populares sobre dados de interesse das lutas sociais.*
- *Assessoria às conferências municipais de saúde”.*

Já no item 4 do mesmo documento, que fala da “*Relação com os Movimentos e entidades sociais populares*” encontramos:

- “• *Quando os profissionais vão aos municípios, articular e atuar em parceria com os Movimentos e entidades populares locais.*
- *Fortalecer as iniciativas de organização dos Fóruns de Entidades.*
- *Assessoria aos Movimentos Sociais Populares a nível Regional e dos Municípios”*

Nos apoiamos nessas informações apenas para reforçar a participação da 6ª CRS em descentralizar poder tanto para os gestores municipais quanto para a própria população organizada. Este movimento de descentralização tem como base uma política de cooperação técnica.

Mas não é apenas a cooperação técnica que a Coordenadoria realiza. Uma questão sempre importante quando se fala em descentralização e autonomia, é a questão do financiamento. Podemos afirmar que a política de financiamento vigente na região é um dos principais fatores contribuintes para a descentralização. No entanto, queremos deixar bem claro que a política de financiamento praticada pela Coordenadoria não é de sua exclusividade, pelo contrário, é praticada em todo o Estado. Como as coordenadorias fazem parte da estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, acreditamos ser importante fazer algumas considerações a respeito da política de financiamento.

A Municipalização Solidária da Saúde²³ realiza o repasse de recursos financeiros de maneira regular e automática, diretamente do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde. Esta proposta recebeu o primeiro lugar no concurso

²³ Denominação dada à forma de alocação dos recursos do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Decreto Estadual nº 39.582, de 10 de junho de 1999.

de experiências inovadoras em gestão da saúde durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Além do caráter inovador no que diz respeito ao repasse de recurso de uma esfera estadual para as municipais, o que chama mais a atenção nesta política é a transparência, a equidade e o estímulo à descentralização e ao controle social.

A transparência porque estabelece critérios técnicos de repasse de recurso para os municípios, em contraposição à política comum nos estados de repasse via convênio, onde os municípios são obrigados a ficar de “pires” na mão, implorando por algum recurso e onde nunca se sabe qual foi exatamente o critério que fez com que este município fosse contemplado e aquele não. A adoção de critérios técnicos, definidos após discussões com o Conselho Estadual de Saúde, permite a todos saber o quanto vai receber, quando e o porque da quantia.

Estes critérios permitem a promoção de um outro importante princípio constitucional, o da equidade, pois favorece aqueles municípios que concentram populações nas faixas etária menores de 14 anos e maiores de 60, que possuem taxas mais elevadas de mortalidade infantil, que possuem menos capacidade instalada, que possuem menor arrecadação própria de impostos, que utilizam maior volume de recursos próprios na saúde e que consideram a saúde como prioridade através do Orçamento Participativo. A estes critérios soma-se uma fração *per capita*, que garante a todos o recebimento de recursos (Ferla *et al*, 2001).

Não há dúvidas para nós de que este modo de repasse de recursos é bem mais equitativo que os R\$ 10,00 habitante/ano do Piso da Atenção Básica ou o pagamento por produção aos serviços de saúde, adotado pelo Ministério da Saúde e que historicamente favorece a concentração de recursos em municípios de maior porte e com maior capacidade instalada.

Já em relação à descentralização, o recurso repassado pelo Governo Estadual não é “carimbado”, ou seja, o município define como e onde implementar o recurso, podendo empregá-lo de acordo com a sua necessidade e realidade. Diferentemente do Ministério, que somente libera recursos com destino predefinido (PSF, Assistência Farmacêutica Básica, PACS ...), a Municipalização Solidária dá aos municípios o direito de definir o destino do dinheiro. E isso significa descentralização de poder e aposta na autonomia e capacidade dos municípios.

Aliado a isso, é exigido dos municípios um plano de aplicação do recurso, aprovado pelo conselho municipal de saúde. Através do Relatório de Gestão, também aprovado pelos conselhos locais, verifica-se se o recurso foi realmente empregado

naquilo que o gestor havia se comprometido diante da população (ver discussões sobre Responsabilidade). Desta maneira, além de estimular a descentralização e a autonomia, permeia o sistema ao controle social.

Embora esta política não seja exclusiva, nem iniciativa, da 6ª CRS, é assim que se dá o financiamento das ações no âmbito regional. Além disso, a CRS desempenha um importante papel, orientando os municípios e cobrando a execução dos planos de aplicação e apresentação dos relatórios de gestão. Tanto que quando da inadequação de algum municípios a 6ª CRS pode ela mesma tomar a iniciativa de desabilitação do recurso.

Acreditamos que houve avanços na descentralização do poder decisório e na autonomização dos municípios. Os próprios secretários municipais de saúde demonstraram isso, conforme pode ser observado no gráfico 3. Além de verificarem avanços na descentralização e autonomia, boa parte atribuiu à CRS influência sobre o processo, segundo o gráfico 4. Também o processo de descentralização do SUS avançou. No início da gestão eram quatro municípios que não estavam habilitados em nenhuma condição de gestão conforme a NOB/96, e hoje são apenas dois, sendo que no início eram 51 municípios e agora são 58, e dentro destes sete novos, dois municípios não estavam habilitados anteriormente. Ainda durante esta gestão, dois municípios assumiram a gestão plena do sistema, expressão máxima hoje em dia de descentralização do SUS. O projeto inicial era de habilitar cinco municípios durante esta gestão.

Gráfico 3 - Visão dos secretários municipais de saúde em relação à autonomia municipal durante a gestão 1999-2002 da 6ª CRS

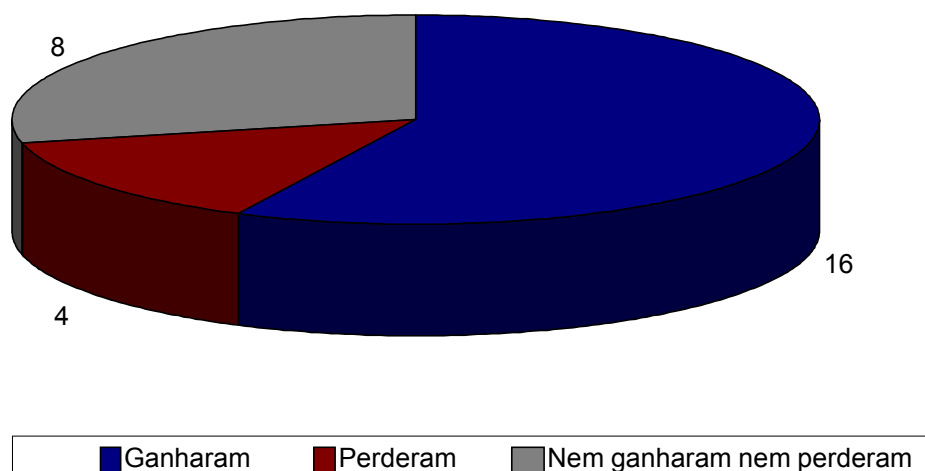
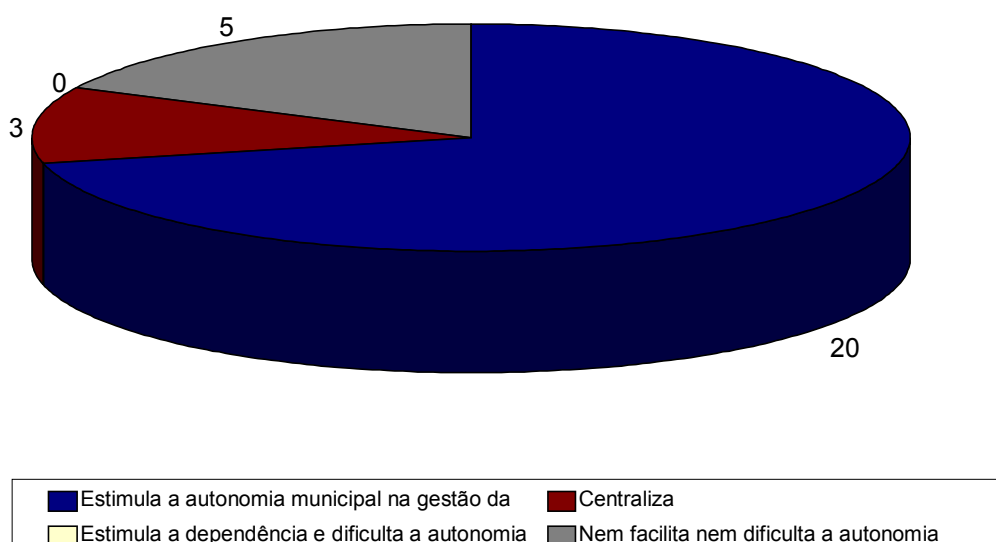


Gráfico 4 - Visão dos gestores quanto à atuação da CRS na autonomização municipal



Apesar dos avanços, verificamos algumas debilidades nesse processo. Em primeiro lugar, o esvaziamento de algumas das iniciativas da Coordenadoria no sentido da aproximação com os municípios. São exemplos a extinção da CIB regional e as dificuldades para se manter as Equipes de Assessoria atuantes. Em segundo lugar, o modo como se deram as Assessorias, privilegiando o nível municipal em detrimento da articulação supra-municipal.

Esta forma de assessoria não colabora para a criação de uma cultura de solidariedade entre os municípios, o que, segundo o próprio Coordenador, foi um dos fatores que dificultaram o estabelecimento de instâncias de negociação microrregionais como a CIB. Não estamos afirmando com isso que a estratégia de privilegiar os municípios foi errada. Apenas gostaríamos de ressaltar que a realização deste trabalho de uma forma mais articulada poderia colaborar para a organização do sistema, uma vez que em sua maioria os municípios da região são bastante pequenos e com pouca estrutura, tanto administrativa quanto de serviços. Além disso, talvez pudesse ser uma saída para o problema da falta de tempo, uma vez que o trabalho com conjuntos de municípios otimizaria o tempo dos trabalhadores da CRS. Mas reafirmamos que o trabalho no nível municipal também é importante, mas talvez pudesse ser feito com maior seletividade.

Um outro aspecto refere-se ao fato de que as assessorias nos municípios limitaram-se a discussões sobre processos de trabalho, não tendo sido estabelecidos compromissos com resultados de longo prazo e tão poucas metas a serem atingidas.

Reconhecendo a importância das Equipes de Assessoria, acreditamos que o seu trabalho poderia ser potencializado caso fosse adotada uma estratégia de cooperação gerenciada microrregional, com fixação de objetivos, metas, sistemas de avaliação e seguindo uma lógica de integração regional.

DESTAQUES

A 6ª CRS desenvolveu vários mecanismos de comunicação/ negociação no sistema de gestão da saúde da região, o que aproximou os municípios (e a população) dos momentos de tomada de decisão. Algumas das instâncias não se sustentaram, sendo a CIB regional a principal perda.

Dentre os principais mecanismos, destacamos o Conselho Regional de Saúde e, principalmente, as Equipes de Assessoria. Estas serviram tanto para assessorar os municípios como para romper (pelo menos em parte) com as ações fragmentadas da Coordenadoria.

Assim, embora não tenhamos identificado um Sistema de Gerência por Operações *strictu sensu* no sistema de gestão da CRS, identificamos uma série de dispositivos que vão de encontro às idéias e princípios contidos naquele Sistema, como o caráter comunicativo, a aposta na ampliação da capacidade técnica dos municípios, o compartilhamento de poder decisório (a partir de mecanismos formais e informais) e o modelo de financiamento, embora muitos deles sem uma devida sistematicidade.

Apesar disso, a gestão carece de uma articulação mais microrregional com definição e pactuação de resultados a serem alcançados, bem como dos mecanismos de avaliação e prestação de contas a serem adotados. Esta carência gerou debilidades no processo.

PARTE IV
O MÉTODO, A TEORIA E A PRÁTICA

Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde passa, inexoravelmente (embora não apenas), pela reforma das suas organizações. Estas têm que, cada vez mais, estarem centradas nos seus clientes, possuírem capacidade de resposta rápida ante às mudanças, serem dotadas de alta capacidade resolutiva, garantir o acesso universal e de qualidade e, além disso, satisfazer os trabalhadores que nelas atuam.

Para nós é claro o descompasso entre a estrutura de nossas organizações e a demanda colocada pela sociedade para elas. A lentidão dos processos, os recursos que não são gastos devido à incapacidade de executá-los, o processo da compra de um tomógrafo que corre na mesma velocidade que da compra de papéis, a falta de profissionais, a pouca participação dos trabalhadores e dos usuários nos processos decisórios, os hospitais lotados, as filas, o mal atendimento são exemplos disso.

As estruturas verticalizadas e centralizadas, típicas das nossas organizações públicas, devem ser substituídas por organizações mais descentralizadas e mais responsáveis. Para isso, novas práticas de gestão são necessárias. Modelos de gestão democráticos, com base na comunicação intensa, com sistemas de avaliação das ações e resultados alcançados e que enfatizem as visões de médio e longo prazo são cada vez mais importantes para a construção da nova organização pública de saúde. Experiências tem sido vivenciadas, embora ainda estejamos longe de alcançar um movimento amplo de reforma. Mas aos poucos a inércia vai sendo combatida.

É fundamental que os trabalhadores e intelectuais da área da saúde pública voltem seus olhares para o funcionamento das nossas organizações, buscando tanto a verificação dos principais problemas vividos por elas, e também meios para a sua superação, quanto a visualização de novas experiências de gestão que possam servir para orientar novos estudos e novas práticas.

Neste sentido, este estudo buscou analisar a gestão de um sistema regional de saúde, dada a recente entrada na agenda nacional do sistema de saúde da regionalização como um dos meios para viabilizar o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

A Teoria das Macroorganizações e a proposta de Direção Estratégica desenhados por Carlos Matus prestaram-se bem para a realização desta análise da gestão do sistema regional de saúde da região da 6ª Coordenadoria. Isto porque o espaço de análise correspondia de fato a uma Macroorganização, diferentemente de outras análises

onde esta teoria é adaptada a espaços microorganizacionais (carecendo assim de maiores adaptações). Nosso referencial permitiu uma avaliação ampla, baseada em grandes dimensões de análise da condução de uma organização. Possibilitou ainda a verificação do funcionamento da gestão tanto em relação ao sistema como um todo quanto em relação à Alta Direção – no caso a própria 6ª CRS. Uma síntese desta análise está apresentada no quadro 4, abaixo.

Julgamos mais importantes os resultados advindos da análise da gestão do sistema, uma vez que, para a análise de Microorganizações, o referencial utilizado necessitaria de maiores adaptações, especialmente no que diz respeito à subjetividade dos sujeitos organizacionais, análise dos processos de trabalho e verificação dos microprocessos organizacionais.

Em relação à experiência da 6ª Região de Saúde, acreditamos que pode, tanto pelos seus aspectos mais inovadores e positivos quanto pelas deficiências identificadas, ajudar a pensar a gestão de sistemas de saúde.

Para os dois primeiros objetivos do estudo, identificar os modos de construção e implementação da missão e dos objetivos na gestão da saúde na Região e analisar como os coordenadores administram seus tempos e como são selecionados os problemas a que destinam maior atenção, as variáveis e os critérios utilizados para analisar a gestão da 6ª Região de Saúde suscitaram algumas discussões quanto à pergunta feita na introdução deste trabalho - como garantir a missão primeira da organização (produzir saúde)?.

Primeiramente, fez-nos perceber que a delimitação clara da missão da organização, com discussões democráticas e difundidas pela mesma, é um potencializador das boas práticas de trabalho (tanto na gestão quanto na produção do ato em si). Sem a clareza do papel da instituição no sistema, o que obriga um olhar para fora, e sem a clareza do papel de cada um dentro da organização, o que obriga um olhar para dentro, torna-se difícil a construção de um sistema solidário e com o olhar focado naquele que é a razão de ser da organização: o cliente, que no caso da 6ª CRS são as próprias secretarias municipais de saúde. Além disso, é fundamental destacar a organização, na Região, de uma estrutura organizacional com forte potencial para desenvolver a missão, principalmente através da criação da Coordenação de Descentralização, Municipalização e Controle Social e da conformação de um órgão gestor permeado por diversos atores, principalmente no Conselho Regional de Saúde.

Em segundo lugar, verificamos como fazem falta a uma Macroorganização a definição de objetivos concretos, que articulem o curto, o médio e o longo prazos. No

caso da 6ª CRS, esta ausência acabou por prejudicar (ainda que não de forma profunda) a Direcionalidade e, ao mesmo tempo, a Responsabilidade, pois sem a definição do que se quer, é difícil avaliar se isso foi alcançado ou não. Esta discussão tem relação com o terceiro ponto suscitado pelas análises, o descompasso entre as exigências colocadas pela missão e pelas prioridades da Macroorganização e o tempo e atenção dedicados a eles pelos coordenadores. Ou seja, observamos na Coordenadoria uma tendência à deixar as agendas dos dirigentes serem engolidas pelos problemas emergenciais. Isto faz com que não se tenha tempo para se pensar sobre os objetivos a serem desdobrados das prioridades, a fim de lhes dar maior concretude e facilitar o acompanhamento e a avaliação.

Em relação ao terceiro objetivo deste trabalho, analisar os momentos, procedimentos e critérios de avaliação com que se dá o processo de petição e prestação de contas na gestão do Sistema Único de Saúde na região, acreditamos, com base na experiência realizada, que há uma grande contribuição da Teoria das Macroorganizações, articulada a algumas idéias do Novo Gerenciamento Público. Isto porque estas duas Teorias abrangem elementos centrais colocados para a avaliação e, principalmente, chamam a atenção para a necessidade de se articular maior descentralização com maior responsabilidade, ou seja, prezam pelo desenvolvimento do sentimento de “ser responsável por” ao mesmo tempo em que advogam a necessidade de se articular mecanismos eficazes de prestação de contas.

A avaliação da gestão no âmbito da 6ª Região de Saúde apresentou algumas falhas quanto ao controle técnico da qualidade, pois não foram identificados na gestão do SUS da região mecanismos de avaliação de resultados, tal como sugerido pela Teoria das Macroorganizações e pelo NGP. Dada a dimensão do nosso sistema de saúde, e a necessidade de maior autonomia dos espaços descentralizados para responderem com maior agilidade às demandas existentes, torna-se urgente que voltemos nossos olhares para os resultados e não mais exclusivamente para os processos. Além disso, verificamos uma certa assimetria entre as razões colocadas pela CRS para justificar as dificuldades no processo de petição e prestação de contas e o discurso dos secretários municipais. Por exemplo, enquanto os primeiros queixavam-se da pouca valorização ou não utilização adequada do Relatório de Gestão Municipal enquanto instrumento de gestão (os secretários colocariam coisas desnecessárias no relatório e deixariam de fora elementos essenciais), os segundos afirmavam não conhecer os critérios utilizados pela Coordenadoria para realizar esta avaliação do Relatório de Gestão.

Por isso, é necessário que os resultados sejam pactuados e conhecidos por todos os membros da Macroorganização. A pactuação realista pode ser uma ferramenta potente para fazer avançar o nosso sistema de saúde. A condução eficaz do estabelecimento de objetivos (resultados), metas, indicadores e instrumentos para verificá-los colabora para a ampliação da responsabilidade de todos na organização. Voltamos a destacar que estes procedimentos permitem maior clareza no momento do estabelecimento da avaliação, tanto por parte de quem realiza a avaliação quanto por parte do avaliado, que passa a saber objetivamente “do que” deve prestar contas, ou seja, dos seus compromissos assumidos.

Apesar das deficiências apontadas acima, a Região da 6ª Coordenadoria demonstrou, em relação aos procedimentos de avaliação, uma preocupação que vai de encontro aos critérios colocados tanto pela Teoria Macroorganizacional do PES, quanto pelo NGP: a preocupação com a transparência e com o envolvimento da população. O rigor na cobrança dos Relatórios de Gestão e das Audiências Públicas e a aposta feita no controle social suscitaram um movimento que já encontra reconhecimento nos próprios secretários municipais de saúde da região.

Com base nessas considerações, é possível destacar a importância da articulação de mecanismos de controle social do sistema com mecanismos de controle técnico da qualidade. A articulação desses dois mecanismos poderá garantir a integração entre os aspectos técnicos e políticos da organização de um sistema de saúde. Assim, nos parece claro que nem o tecnicismo exacerbado baseado no controle excessivo dos processos e nem o politicismo ingênuo que acredita ser o controle social a chave de tudo, são capazes de dar conta da complexidade inerente às práticas de saúde, em qualquer nível.

A análise das distribuições das competências no interior do sistema, quarto e último objetivo desta dissertação, possibilitou uma discussão sobre a descentralização e a autonomia na 6ª Região de Saúde. Estas duas categorias, como meios de democratização e como formas de garantir eficácia e eficiência ao sistema de saúde devem ser dotadas de mecanismos que garantam sua concretização. Ou seja, é fundamental que a delegação de responsabilidades seja acompanhada de recursos que possibilitem o exercício do poder para realizá-las. E recursos aqui não estão sendo entendidos apenas como recursos financeiros. Recursos políticos, técnicos, organizacionais também são importantes. Nesse sentido, a cooperação técnica e financeira da 6ª Coordenadoria junto aos municípios foi uma das principais funções desempenhada por esta organização. O estabelecimento de uma estrutura organizacional

que facilitasse a comunicação com os municípios (através da Coordenação de Descentralização) e a aproximação rotineira com os mesmos, através de reuniões regionais e das Equipes de Assessoria, permitiu à CRS apoiar mais de perto as secretarias municipais de saúde. Importante nesse apoio foi também a forma de financiamento adotada, que preserva a autonomia municipal ao mesmo tempo em que permeabiliza o sistema ao controle social.

Outra questão importante ao se discutir descentralização e autonomia com base no modelo matusiano de Direção, é a questão do planejamento. Pode-se afirmar, inclusive, que não há qualidade na gestão quando não há planejamento. Para Matus, a descentralização e a implementação de sistemas de cobrança e prestação de contas são estímulos indiretos para o planejamento. No entanto, esta relação não foi tão observada na 6ª Região de Saúde, pois são raras as situações em que se pode verificar a existência de planos de saúde orientados por problemas, realizados espontaneamente e não por pressão externa, com definição de objetivos e de meios para implementação das estratégias previstas.

Neste aspecto há a necessidade de uma verdadeira revolução cultural nas nossas macroorganizações públicas de saúde, nada menos que uma revolução. No entanto, fica a dúvida quanto aos espaços de pelos quais esta revolução terá início. Será possível que ela se inicie nas bases? Ou os níveis mais centralizados deverão desencadear um processo de incentivo ao planejamento nos níveis locais? Talvez a assessoria, pelos níveis centrais aos níveis descentralizados, onde se atrelem instrumentos de cobrança de contas coerentes com compromissos assumidos nesses planos possam funcionar como um indutor de planejamento. É urgente que geremos demanda por planejamento em todos os níveis da Macroorganização SUS.

A cooperação técnica e financeira trabalhada pela 6ª CRS deu maior ênfase aos sistemas municipais de saúde isoladamente. No entanto, em se tratando especificamente dos espaços regionais de construção do Sistema Único de Saúde, a organização da assistência no âmbito regional e microrregional exige um espírito de solidariedade entre os diferentes níveis de governo e entre os municípios entre si. Isso implica na implementação de modelos de gestão com base na cooperação gerenciada microrregionalizada, ou seja, formas de gestão cuja ênfase está na capacidade de integração e na implementação de mecanismos gerenciais capazes de garantir o estabelecimento e o cumprimento de resultados assumidos com base na missão de cada organização participante, bem como garantir a autonomia e a democracia em todos os níveis da organização.

Vemos no sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus vários elementos que contribuem para a conformação de modelos de gestão com tais características. As contribuições de vários autores, como os citados neste trabalho, para suprir deficiências deste sistema, bem como para adequá-lo às características das nossas organizações públicas de saúde, ajudam a torná-lo mais potente não apenas como instrumento de análise mas também como instrumento prático-operacional.

Por fim, a realização deste trabalho, além dos resultados produzidos, suscitaram algumas questões que julgamos importantes e que poderão ser objeto de novos estudos.

Em primeiro lugar, o sistema de gestão da 6ª Região de Saúde no Rio Grande do Sul, apresenta indícios de que um sistema de gestão descentralizado, com envolvimento dos vários atores no processo de tomada de decisão, tende a gerar um sistema de maior responsabilidade, tornando possível a operacionalização dos conceitos descentralização e responsabilidade. Embora faltem elementos empíricos neste estudo para estabelecer de modo conclusivo esta relação, parece ter havido maior transparência na administração na saúde na região (relatórios de gestão, audiências públicas) concomitante à manutenção da autonomia (liberdade total para os municípios definirem onde investir os recursos repassados pelo estado). Há de se investir em novos estudos que possam apreender melhor a relação entre esses dois conceitos.

Em segundo lugar, também é importante que se invista em estudos que possam tornar mais clara a relação entre responsabilidade e planejamento. Para Matus, em um sistema de alta responsabilidade, haveria demanda por planejamento em todos os níveis da organização. No entanto, o que se verificou na região da 6ª CRS, foi que, mesmo com a implantação de um processo de petição e prestação de contas rigoroso (prestações de contas trimestrais ao conselho e em audiência pública), os municípios ainda tem problemas com o planejamento, sendo o plano municipal de saúde mera formalidade.

Quadro 4 – Síntese das análises do sistema de gestão da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SISTEMA DE GESTÃO	VARIÁVEIS	COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS
DIRECIONALIDADE	Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente	Missão Objetivos Formas organizacionais Tempo do dirigente Foco da atenção do dirigente Entorno do dirigente Processamento tecnopolítico	Missão definida coletivamente e compreensão e incorporação da missão pelos trabalhadores da organização Enunciado da missão apresentando os quatro elementos básicos: cliente, produto, características e resultados Indefinição de objetivos claros de curto, médio e longo prazos Estrutura organizativa para alcançar os objetivos coerente com a missão (coordenação de Descentralização e gestão compartilhada) Agenda e foco de atenção dos dirigentes privilegiando rotinas e emergências, não necessariamente relacionadas diretamente à missão da organização Inexistência de unidade de processamento tecnopolítico de problemas ou semelhante Entorno do dirigente contribuindo para a racionalização agenda do Dirigente
RESPONSABILIDADE	Sistema de Petição e Prestação de Contas	Sistematicidade da prestação de contas Contas prestadas publicamente Tipo de prestação de contas Forma de definição dos critérios de avaliação e acompanhamento Instrumentos utilizados Sistema de monitoramento Sistema de incentivo/punição	Existência de mecanismos formais de avaliação/ prestação de contas presentes no sistema regional de saúde – Relatório de Gestão; Audiências Públicas. Regularidade na prestação de contas - trimestral Prestação de contas com ênfase nos processos e nos aspectos financeiros e não nos resultados (por desempenho) Responsáveis pelo processo de petição e prestação definidos e conhecidos (6ª CRS) Prestação de contas prestadas publicamente Não utilização de indicadores de desempenho pela CRS para avaliar o sistema de saúde Informações consideradas relevantes e os critérios de avaliação desconhecidos pelos secretários municipais de saúde antes da prestação de contas (baixo grau de pactuação em relação aos resultados/indicadores e mecanismos de avaliação utilizados) Prestação de contas não se referem a compromissos concretos (resultados sobre problemas, realização de operações) Ineficiência do funcionamento de um sistema de monitoramento – ênfase nos processos (Equipes de Assessoria) Inexistência de incentivos e/ou punições, pela organização, de acordo com o alcance dos resultados Todos os atores estão sujeitos a prestação de contas Não há um sistema formal de incentivos; a principal punição para a não prestação de contas é a interrupção do repasse de recursos.

Quadro 4 – Síntese das análises do sistema de gestão da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (continuação)

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SISTEMA DE GESTÃO	VARIÁVEIS	COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS
DESCENTRALIZAÇÃO E AUTONOMIA	Sistema de Gerência por Operações	Planejamento/plano Financiamento Alocação de recursos Participação no processo decisório Espaços de comunicação/negociação Gerência por produtos/ resultados	<p>Envolvimento das SMS no processo de planejamento regional de forma informal, através de reuniões regulares de discussão de assuntos emergenciais</p> <p>Adoção do planejamento estratégico como metodologia de planejamento – grau de sistematização do planejamento</p> <p>Não há demanda por planejamento em todos os níveis da macroorganização</p> <p>CRS participando no auxílio ao planejamento dos municípios</p> <p>Indefinição de mecanismos para garantir a execução do plano</p> <p>Existência de mecanismos de representação e participação das SMS no sistema de gestão da CRS - Conselho Regional de Saúde (há envolvimento dos municípios no processo decisório das questões regionais)</p> <p>Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre os municípios e a CRS (Conselho Regional, Equipes de Assessoria, reuniões regulares descentralizadas ...)</p> <p>Avanço na descentralização da saúde na região – apenas dois municípios não habilitados em alguma condição de gestão previstas pela NOB 96 ou NOAS/ 01</p> <p>Presença de estímulos à autonomia municipal - se a CRS desenvolve ações que permitem aos municípios exercerem os poderes a eles transferidos no processo de descentralização (financiamento e cooperação técnica)</p> <p>Forma de transferência de recursos da CRS para os municípios privilegiando a decisão local (dá autonomia aos municípios de decidirem aonde e como irão investir)</p> <p>Não há orçamento por programas</p>

Referências Bibliográficas

ALECIAN, S. & FOUCHER, D., 2001. *Guia de Gerenciamento no Setor Público*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: ENAP.

ARTMANN, E., 1993. *Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL, 2001. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

BRESSER PEREIRA, L. C & SPINK, P., 2001. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

CAMPOS, G.W.S., 1997. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In.: *Inventando a Mudança na Saúde* (Cecílio, L.C.O, org.), pp. 29-87, São Paulo: Hucitec.

_____, 1998. O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. 14:863-870.

_____, 2000. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, R.O., 2000. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:723-731.

CECÍLIO, L.C.O., 1994. *Inventando a Mudança na Administração Pública: Reconstituição e Análise de Três Experiências de Saúde*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.

_____, 2000. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Cadernos de Saúde Pública*. 16: 973-983.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.), 1997. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.

COSTA, N. R., Silva, P. L., B. & Ribeiro, J. M., 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*. 50:33-56.

DUNLEAVY, P & HEAD, C., 1994. From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money and Management*. Jul/sep:9-16.

DUSSAULT, G., 1992. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. 26:8-19.

FERLA, A. & MARTINS JUNIOR, F., 2001. Gestão Solidária da Saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*.

23:8-20.

FERLA, A., 2001. Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. *Divulgação em Saúde para Debate*. 24:52-71

FERLIE, E., ASBURNER, L., FITZGERALD, L., & PETTIGREW, A., 1999. *A Nova Administração Pública em Ação*. Brasília: Editora Universidade de Brasília: ENAP.

GUARESCHI, P. A., 1992. *Sociologia da Prática Social*. Rio de Janeiro: Vozes.

GUERREIRO RAMOS, A., 1989. *A Nova Ciência das Organizações: Uma Reconceitualização da Riqueza dos Homens*. Rio de Janeiro: FGV.

HORTALE, V.A., 1996. *Descentralização, Autonomia Gerencial e Participação: Alternativas à crise ou transição para um sistema diverso?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

_____, 1999. A descentralização e a autonomia na perspectiva das organizações. *Saúde em Debate*. 23: 20-29.

LIMA, J.C.L *et al.*, 2002. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*.26:62-70.

LIMA, S.M.L., 1994a. *O Processo de Definição e Implementação de Objetivos nas Organizações Públicas do Setor Saúde: Do Conjunto Sanatorial de Curicica ao Hospital de Clínicas Básicas Raphael de Paula Souza*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.

_____, 1994b. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. *Revista de Administração Pública*. 28:38-64.

_____, 1996. O contrato de gestão e a conformação dos modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*.30:101-138.

KLIKSBERG, B., 1998. *Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social: Superando dogmas e convencionalismos*. São Paulo: Cortez.

MARQUES, R.M., 1999. O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. *Série Financiamento e Desarrollo*. Santiago, Chile: CEPAL/ ECLAC. 82: 1-67.

MATUS, C., 1991. O plano como aposta. *São Paulo em Perspectiva*. 5:28-42.

_____, 1994. *El Metodo PES, Reingenieria Publica y La Teoria de Las Conversaciones: Trabas y Problemas*. Santa Fé, Colômbia: Fondo Editorial Altadir, Colección Ciências y Técnicas de Gobierno.

_____, 1996. *Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados*. São Paulo: Fundap.

_____, 1997. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA.

_____, 2000. *O Líder sem Estado Maior*. São Paulo: Fundap.

- MENDES, E.V., 1996. *Uma Agenda Para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- _____, 1998. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: Novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In.: *A Organização da Saúde no Nível Local* (Mendes, E.V., org.). pp.17-53. São Paulo: Hucitec.
- _____, 2001. O dilema municipalização autárquica ou microrregionalização cooperativa: por sistemas microrregionais de saúde. In.: *Os Grandes Dilemas do SUS*, Vol. II (Mendes, E. V., org.). pp.11-55. Salvador: Casa da Qualidade.
- MERHY, E.E., 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In.: *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (Gallo, E., org.). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- MINTZBERG, H., 1995. *Criando Organizações Eficazes. Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas.
- MORGAN, G., 1996. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas.
- MOTTIN, L.M., 1999. *Elaboração do Plano Municipal de Saúde – desafio para os municípios: Um estudo no Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MOTTA, P. R., 2002. *Gestão Contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.
- MÜLLER, A. M. C. & POSSA, L. B., 2001. A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul: uma experiência em construção na 4ª Região de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*., 23:21-29.
- RIVERA, F.J.U., 1989. *Planejamento e Programação em Saúde: Um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez;
- _____, 1992. Planejamento Situacional: uma análise reconstrutiva. In.: *Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde* (Gallo, E, Rivera, F.J.U e Machado, M.H., org.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- _____. 1995. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____, 1996. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*. 12:357-372.
- RIVERA, F.J.U. & ARTMANN, E., 1999. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 4:355-365.
- SANTOS, R. F., 1986. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento das ações integradas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2:273-278.
- SES/RS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul), 2000. *Relatório Anual de Gestão do SUS – 1999*. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde.

SILVA, R., 1994. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão do Setor Saúde: Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SOUZA, R. R., 2001. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 6:451-455.

TESTA, M., 1992. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.

TRIVIÑOS, A.N.S., 1987. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.

TROSA, S., 2001. *Gestão Pública por Resultados: Quando o Estado se Compromete*. Rio de Janeiro-Brasília: Revan-ENAP.

VIANA, A. L. D., 1995. Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde. *Série Estudos de Saúde Coletiva n° 118*. Rio de Janeiro:IMS/UERJ.

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADOR REGIONAL DE SAÚDE

Bloco I – Direcionalidade/ Conformação da Agenda do Dirigente

1 – Qual é, na sua opinião, a missão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde para a sua gestão? (como foi formulada; quem participou; foram levados em conta os interesses e estratégias dos atores envolvidos)

2 – Quais são, em termos gerais, os objetivos da CRS para o sistema regional de saúde?

3 – Como se deu o processo de definição destes objetivos? (quem participou; foram levados em conta os interesses e estratégias dos atores envolvidos)

4 – Quais são as prioridades para a sua gestão? (como foram definidas estas prioridades; quem participou; por que elas foram consideradas prioridades; elas estão explícitas em algum documento)

5 – Que tipo de atividades ocupam a maior parte do seu tempo como Coordenador?
Quais suas principais atividades diárias:

A () Reuniões

B () Conversas com técnicos da CRS

C () Relações políticas

D () Rotinas, protocolos, despachos

E () Oficinas de trabalho

F () Relações públicas (imprensa)

G () Supervisão e acompanhamento dos municípios

Outros: _____

6 – Estas atividades estão diretamente relacionadas às prioridades estabelecidas para a sua gestão?

- () Sempre
- () Na maioria das vezes
- () Frequentemente
- () As vezes
- () Poucas vezes
- () Nunca

Comentários.

7 – Com relação ao tempo que você dedica a resolver problemas relacionados a estas prioridades, você diria que é:

- A () Escasso
- B () Suficiente
- C () Mais que suficiente

Por

que? _____

8 – Como você distingue os casos, situações ou problemas importantes que merecem maior atenção de sua parte, daqueles corriqueiros, de menor importância ou que podem ser resolvidos diretamente pelos técnicos da CRS?

9 – A 6ª CRS possui uma equipe ou unidade, formalmente constituída, que realize a descrição e análise de problemas que surgem na região, antes que estes problemas cheguem até você?

- () Sim
- () Não

Se sim: como tem funcionado; quantos e quais são os componentes; como tem se dado este processo; qual a frequência das reuniões; qual sua avaliação quanto ao trabalho desenvolvido

10 – Com relação ao trabalho desta equipe/unidade, você diria que ela:

- () Contribui para a racionalização de sua agenda, filtrando os problemas de maior importância para a gestão.
- () Realiza constantemente a síntese da situação geral do sistema de saúde regional, através de uma análise global do andamento do governo.
- () Evita que questões rotineiras ou emergenciais prevaleçam sobre as prioridades do governo.
- () Monitora periodicamente sua agenda
- () Colabora na elaboração de um sistema de avaliação e prestação de contas das atividades e resultados desenvolvidos pelos municípios da região.
- () Estabelece uma mediação entre o seu gabinete e os responsáveis pelo planejamento e acompanhamento da execução do plano.

11 – Como os problemas que são identificados pela sua equipe (pessoal da 6ª CRS) chegam até você?

A () Geralmente chegam tal como se apresentam para eles (problemas crus), sem apontamentos de possíveis causas e soluções.

B () Geralmente chegam com um estudo mais detalhado e sistêmico, com levantamento das prováveis causas, mas sem propostas de solução.

C () Com um estudo detalhado, apontando tanto as possíveis causas quanto as alternativas de solução, com suas respectivas vantagens e desvantagens.

Comentários:

12 – Quando os problemas chegam até você com algum levantamento de causas e soluções, estas explicações geralmente:

A () Levam em conta apenas os aspectos técnicos do problema e de suas possíveis soluções.

B () Levam em conta predominantemente os aspectos políticos do problema e de suas possíveis soluções.

C () Levam em conta tanto os aspectos técnicos quanto políticos do problema.

Bloco II – Descentralização e Autonomia/ Sistema de Gerência por Operações

13 – Fale-me um pouco sobre o modo como se dá o processo de planejamento das atividades a serem realizadas na região: (qual a metodologia de planejamento utilizada; os municípios participam desse processo; como)

14 – Existe um Plano Regional de Saúde? (ou, se não houver Plano: A CRS realiza planejamento de suas atividades? Se sim, como se deu o planejamento ...)

() Sim () Não

Se sim: como ele foi formulado; quem participou da elaboração; qual a metodologia utilizada; houve assessoria; por que; quem assessorou; sua agenda (suas atividades) estão apoiadas pelo Plano?

15– Quais as atividades previstas no Plano (planejamento) que já foram implementadas/ concretizadas?

16 – Como se dá o processo de condução das atividades e operações previstos no Plano? (Quais as estratégias utilizadas para por o Plano em prática)

17 – Como a CRS avalia as metas previstas no Plano? (Qual a periodicidade; quem participa; o que é avaliado; o que é feito se as metas e ações não são concretizadas?)

18 – Como tem se dado o planejamento no âmbito dos municípios? (Os municípios tem planejado suas atividades; como tem sido este planejamento; como a CRS tem atuado para auxiliar os municípios no planejamento de suas atividades)

19 – Como é o processo de negociação entre os municípios e a CRS? (que questões são mais freqüentemente colocadas em negociação; quais os principais espaços de negociação; quais as dificuldades; como a CRS se posiciona diante do município; o que é mais freqüente: acordos ou desacordos, por que; como o conflito é gerenciado)

20 – Quais são os principais espaços de comunicação entre a CRS e as SMS (fóruns, CIB regional, Colegiado de Gestão, encontros, outros)? (como foram criados; qual o objetivo; como funcionam; que temas ocupam maior parte das discussões; quem participa; qual sua avaliação quanto a este processo; quais são as vantagens; quais são as desvantagens)

21 – Fale-me um pouco sobre a relação estabelecida entre a 6ª CRS e os municípios (que tipo de atividades tem sido projetadas para os municípios; que tipo de ações os municípios esperam ou exigem da CRS)

22 - Como os municípios participam das tomadas de decisão sobre assuntos de ordem regional?

23 – Como está o processo de descentralização na região e como a 6ª CRS tem atuado neste sentido? (qual o papel da CRS neste processo; o que a CRS tem feito para permitir aos municípios exercerem os poderes a eles transferidos no processo de descentralização)

24 – Como é elaborado o orçamento da 6ª CRS. Descreva sucintamente.

25 – Como são alocados os recursos na região da 6ª CRS? Descreva.

26 – Quais as principais dificuldades enfrentadas pela 6ª CRS na gestão do SUS na região?

27 – Quais os aspectos facilitadores da gestão do SUS na região?

Bloco III – Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas

28 – Como se dá o processo de prestação de contas/ avaliação de suas atividades como coordenador da 6ª CRS? (há Relatório de Gestão; a quem são prestadas as contas; qual é a periodicidade; são prestadas contas dos resultados alcançados; há pactuação de resultados; há pactuação quanto ao modo de avaliação, há participação na definição das metas e indicadores a serem avaliados; existem incentivos, financeiros ou não, ao cumprimento das metas; as contas são prestadas publicamente).

29 – Como este processo de prestação de contas interfere sobre as suas atividades de Coordenador?

30 – **Como a CRS realiza o acompanhamento e a avaliação (solicitação de prestação de contas) dos municípios?** (quais os mecanismos/ instrumentos utilizados;

são solicitadas contas dos resultados; é exigido que as contas sejam prestadas à população; são definidas metas a serem alcançadas pelos municípios; eles participam deste processo de definição; existem incentivos ou punição ao cumprimento ou não das metas; que indicadores são utilizados para a avaliação; quem é (são) o (s) responsável (eis) por esta avaliação)

31 – Quais os principais espaços e instrumentos utilizados pelos municípios para prestar contas? (qual o papel da CRS neste sentido; qual o papel do Relatório de Gestão; como os relatórios de gestão são avaliados)

32 – Como se dá o monitoramento das atividades realizadas no âmbito da região? (existe um sistema de informação; quais são as principais informações e indicadores utilizados; este monitoramento colabora para a tomada de decisão; quem é o responsável por esta análise)

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADORES DE DEPARTAMENTOS

Bloco I – Direcionalidade/ Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente

1 – Qual é, na sua opinião a missão da 6ª CRS e qual é a missão do seu setor especificamente (como foram definidas; quem participou; foram levados em conta os diferentes atores envolvidos?)

2 - Quais são, em termos gerais, os objetivos da CRS para o sistema regional de saúde (cite cinco)?

3 – Como se deu o processo de definição destes objetivos? (quem participou; foram levados em conta os interesses e estratégias dos atores envolvidos (SMS, Conselhos, prestadores de serviços, usuários, etc)

4 – Quais são as prioridades para a CRS e para o seu setor exclusivamente? (como foram definidas estas prioridades; quem participou; por que elas foram consideradas prioridades; elas estão explícitas em algum documento)

5 – Que tipo de atividades ocupam a maior parte do seu tempo como coordenador deste setor? Quais suas principais atividades diárias:

A () Reuniões

B () Conversas com técnicos da CRS

C () Relações políticas

D () Rotinas, protocolos, despachos

E () Oficinas de trabalho

F () Relações públicas (imprensa)

G () Supervisão e acompanhamento dos municípios

Outros: _____

6 – Estas atividades estão diretamente relacionadas às prioridades estabelecidas para a sua gestão?

- () Sempre
- () Na maioria das vezes
- () Frequentemente
- () As vezes
- () Poucas vezes
- () Nunca

Comentários. _____

7 – Com relação ao tempo que você dedica a resolver problemas relacionados a estas prioridades, você diria que é:

- A () Escasso
- B () Suficiente
- C () Mais que suficiente

Por que? _____

8 – Como você distingue os casos, situações ou problemas importantes que merecem maior atenção de sua parte, daqueles corriqueiros, de menor importância ou que podem ser resolvidos diretamente pelos outros técnicos do setor?

9 – A 6ª CRS possui uma equipe ou unidade, formalmente constituída, que realize a descrição e análise de problemas que surgem na região, antes que estes problemas cheguem até o Coordenador Regional de Saúde?

- () Sim
- () Não

Se sim: como tem funcionado; quantos e quais são os componentes; como tem se dado este processo; qual a frequência das reuniões; qual sua avaliação quanto ao trabalho desenvolvido

10 – Com relação ao trabalho desta equipe/unidade, você diria que ela:

() Contribui para a racionalização da agenda do Coordenador, filtrando os problemas de maior importância para a gestão.

() Evita que questões rotineiras ou emergenciais prevaleçam sobre as relativas às prioridades do governo.

() Realiza constantemente a síntese da situação geral do sistema de saúde regional, através de uma análise global do andamento do governo.

() Monitora periodicamente a agenda do Coordenador

() Colabora na elaboração de um sistema de avaliação e prestação de contas das atividades e resultados desenvolvidos pelos municípios da região.

() Estabelece uma mediação entre o seu gabinete e os responsáveis pelo planejamento e acompanhamento da execução do plano.

11 – Como os problemas que são identificados por você ou sua equipe neste departamento são levados até o Coordenador Regional? (que tipos de problemas identificados por você ou sua equipe são levados ao conhecimento do Coordenador; é realizado algum estudo, com levantamento de causas e possíveis alternativas de solução, com suas vantagens e desvantagens)

12 – Que tipos de problemas os municípios costumam trazer até seu conhecimento ou de sua equipe? (quais as principais dificuldades apresentadas por eles; porque estes problemas não são resolvidos no âmbito municipal; como você ou sua equipe costumam proceder)

Bloco II – Descentralização e Autonomia/ Sistema de Gerência por Operações

13 – Fale-me um pouco sobre o modo como se dá o processo de planejamento das atividades a serem realizadas na região: (qual a metodologia de planejamento utilizada; **os municípios participam desse processo; como**)

14 – Existe um Plano Regional de Saúde? (ou, se não houver Plano: A CRS realiza planejamento de suas atividades? Se sim, como se deu o planejamento ...)

() Sim () Não

Se sim: como ele foi formulado; quem participou da elaboração; qual a metodologia utilizada; houve assessoria; por que; quem assessorou; sua agenda (suas atividades) estão apoiadas pelo Plano?

15– Quais as atividades previstas no Plano (planejamento) que já foram implementadas/ concretizadas?

16 – Como se dá o processo de condução das atividades e operações previstos no Plano? (Quais as estratégias utilizadas para por o Plano em prática)

17 – Como a CRS avalia as metas previstas no Plano? (Qual a periodicidade; quem participa; o que é avaliado; o que é feito se as metas e ações não são concretizadas?)

18 – Como tem se dado o planejamento no âmbito dos municípios? (Os municípios tem planejado suas atividades; como tem sido este planejamento; como a CRS tem atuado para auxiliar os municípios no planejamento de suas atividades)

19 – Como é o processo de negociação entre os municípios e a CRS? (que questões são mais freqüentemente colocadas em negociação; quais os principais espaços de negociação; quais as dificuldades; como a CRS se posiciona diante do município; o que é mais freqüente: acordos ou desacordos, por que; como o conflito é gerenciado)

20 – Quais são os principais espaços de comunicação entre a CRS e as SMS (fóruns, CIB regional, Colegiado de Gestão, encontros, outros)? (como foram criados; qual o objetivo; como funcionam; que temas ocupam maior parte das discussões; quem participa; qual sua avaliação quanto a este processo; quais são as vantagens; quais são as desvantagens)

21 – Fale-me um pouco sobre a relação estabelecida entre a 6ª CRS e os municípios (que tipo de atividades tem sido projetadas para os municípios; que tipo de ações os municípios esperam ou exigem da CRS)

22 - Como os municípios participam das tomadas de decisão sobre assuntos de ordem regional?

23 – Como está o processo de descentralização na região e como a 6ª CRS tem atuado neste sentido? (Qual o papel da CRS neste processo?)

24 – Como é elaborado o orçamento da 6ª CRS. Descreva sucintamente.

25 – Como são alocados os recursos na região da 6ª CRS? Descreva.

26 – Quais as principais dificuldades enfrentadas pela 6ª CRS na gestão do SUS na região?

27 – Quais os aspectos facilitadores da gestão do SUS na região?

Bloco III – Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas

28 – Você, como Coordenador deste setor da 6ª CRS, presta contas de suas atividades ou desempenho a algum órgão ou alguém, interna ou externamente? (como se dá este processo; a quem são prestadas as contas; qual a periodicidade; são prestadas contas dos resultados alcançados; há pactuação de resultados; há pactuação quanto ao modo de avaliação, há participação na definição das metas e indicadores a serem avaliados; existem incentivos, financeiros ou não, ao cumprimento das metas)

29 – Como este processo de prestação de contas interfere sobre as suas atividades de coordenador deste setor?

30 – Como a CRS realiza a avaliação (solicitação de prestação de contas) dos municípios? (quais os mecanismos/ instrumentos utilizados; são solicitadas contas dos resultados; é exigido que as contas sejam prestadas à população; são definidas metas a serem alcançadas pelos municípios; eles participam deste processo de definição; existem incentivos ou punição ao cumprimento ou não das metas; que indicadores são utilizados para a avaliação; quem é (são) o (s) responsável (eis) por esta avaliação)

31 – Quais os principais espaços e instrumentos utilizados pelos municípios para prestar contas? (qual o papel da CRS neste sentido; qual o papel do Relatório de Gestão; como os relatórios de gestão são avaliados)

32 – Como se dá o monitoramento (acompanhamento) das atividades realizadas no âmbito da região? (existe um sistema de informação; quais são as principais informações e indicadores utilizados; este monitoramento colabora para a tomada de decisão; quem é o responsável por esta análise; como esta análise é feita)

ANEXO III
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO PARA SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre o sistema de gestão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (6ª CRS). Sua participação é muito importante para que possamos saber mais sobre modelos de gestão de sistemas de saúde. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Solicitamos que todas as questões sejam preenchidas, basta marcar com um 'X' a alternativa que corresponde à sua resposta. Agradecemos sua colaboração.

[1]- Nome do Município: _____

[2] - Tempo como Secretário Municipal de Saúde

- 1 () Menos de 1 ano
- 2 () Um ano
- 3 () Entre um ano e dois anos
- 4 () Entre dois anos e três anos
- 5 () Entre três anos e quatro anos
- 6 () Mais de quatro anos

Bloco I – Descentralização e Autonomia/ Sistema de Gerência

[1] – A CRS costuma chamar os municípios para discutir conjuntamente questões ou problemas que surgem no âmbito regional?

- 1 () Frequentemente
- 2 () Esporadicamente
- 3 () Em casos emergenciais
- 4 () Nunca

[2] - Os municípios são chamados pela CRS para definir prioridades, metas, estratégias e ações de caráter global para a região de maneira conjunta?

- 1 () Sempre
- 2 () Frequentemente
- 3 () As vezes
- 4 () Nunca
- 5 () Não sabe

[3] – Nos últimos 3 meses, quantas vezes seu município foi convocado pela 6ª CRS para participar de alguma atividade que você considerou importante para o sistema de saúde do seu município e/ou da Região?

- 1 () Uma vez
- 2 () Duas vezes
- 3 () Três vezes
- 4 () Quatro vezes
- 5 () Cinco vezes
- 6 () Mais que cinco vezes

[4] – Como o senhor vê a participação dos municípios no processo de tomada de decisão sobre assuntos de interesse regional?

- 1 () Os municípios participam ativamente do processo de tomada de decisão
- 2 () Os municípios participam da elaboração de políticas e estratégias regionais juntamente com a CRS
- 3 () Os municípios participam pouco
- 4 () Os municípios apenas executam aquilo que é definido pela CRS

[5] – Como o seu município participa do processo de tomada de decisão sobre as questões relacionadas à saúde na região?

- 1 () Através do Conselho Regional de Saúde
 - 2 () Através das Conferências Regionais de Saúde
 - 3 () Através de reuniões regulares com os outros municípios e a Coordenadoria
 - 4 () Através da Comissão Intergestores Bipartite Regional
 - 5 () Através de pressão junto à Coordenadoria
 - 98 () Outros:
-

[6] – Com relação à autonomia municipal, durante o período de gestão da atual administração da 6ª CRS, você diria que:

- 1 () Os municípios ganharam mais autonomia
- 2 () Os municípios perderam autonomia
- 3 () Nem ganharam nem perderam

[7] - Com relação à autonomia dos municípios para a tomada de decisões e resolução de problemas no nível local, você diria que:

- 1 () A 6ª CRS tem estimulado a autonomia dos municípios
- 2 () A CRS tem estimulado os municípios a resolverem os problemas no âmbito municipal
- 3 () A 6ª CRS tem centralizado decisões
- 4 () A CRS vem estimulando a dependência e dificultando a autonomização dos municípios
- 5 () Nem facilitado nem dificultado a autonomia municipal para tomada de decisões

[8] – Quais os espaços de comunicação, formalmente constituídos, que servem ou serviram para aproximar municípios e CRS para a discussão conjunta de problemas e questões relacionadas ao funcionamento do sistema regional de saúde? **[Pode marcar mais de uma alternativa]**

- 1 () Nenhum
- 2 () Colegiado de gestão
- 3 () Comissão Intergestores Bipartite Regional
- 4 () Discussão com equipes técnicas de assessoria
- 5 () Reuniões regulares e sistemáticas
- 6 () Reuniões descentralizadas (em cada microrregião)
- 7 () Conselho Regional de Saúde
- 8 () Conferências Regionais de Saúde
- 98 () Outro (s) _____

[9] – A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui um PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE?

- 1 () Sim
- 2 () Não
- 99 () Não sabe

[Se respondeu 'não' ou 'não sabe', passe para a questão 15]

[10] – Na sua opinião, para que serve o Plano Municipal de Saúde?

[11] – Por que a SMS montou um Plano Municipal de Saúde? **[Pode marcar mais de uma alternativa]**

- 1 () Para orientar as atividades a serem desenvolvidas no município
- 2 () Por pressão da Coordenadoria Regional de Saúde
- 3 () Para traçar objetivos e metas a serem alcançados na atual gestão
- 4 () Por pressão da comunidade ou profissionais
- 5 () Para facilitar a integração entre os diversos setores e profissionais da Secretaria
- 6 () Para se habilitar em alguma condição de gestão prevista na NOB-96
- 7 () Porque a Lei Orgânica da Saúde obriga os municípios a ter um Plano Municipal de Saúde

98 () Outro (s) _____

[12] – O Plano Municipal de Saúde tem sido de alguma utilidade para as responsabilidades e atribuições diárias do Secretário Municipal de Saúde?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

Por que:

[13] – A CRS assessorou de alguma forma a elaboração do Plano Municipal de Saúde?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[se respondeu ‘não’ ou ‘não sabe’, passe para a questão 15]

[14] - Como a CRS auxiliou na elaboração do Plano ?

[15] – A Secretaria Municipal de Saúde possui um departamento ou setor de planejamento?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[16] – O seu município realiza planejamento de forma regular das ações e estratégias a serem adotadas na área da saúde?

1() Sim 2 () Não

[17] – A CRS auxilia na realização deste planejamento?

1 () Sim 2 () Não

Como?

[18] – O senhor conhece o Plano REGIONAL de Saúde?

1 () Sim 2 () Não **[se respondeu ‘não’, passe para a questão 27]**

[19] – Alguém do município participou, de alguma forma, da elaboração deste plano?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[20] – Quem participou destas discussões? **[Pode marcar mais de uma alternativa]**

- 1 () Prefeito
- 2 () Secretário Municipal de Saúde
- 3 () Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
- 4 () Conselheiros de Saúde
- 5 () Membros da Câmara de Vereadores
- 98 () Outros: _____

[21] – A participação de seu município na construção do Plano (planejamento) REGIONAL de Saúde se deu através de:

- 1 () Reuniões periódicas com a CRS
- 2 () Participação em oficinas de trabalho, realizadas exclusivamente para a elaboração do plano
- 3 () Consultas e conversas, promovidas pela CRS, mas sem frequência regular
- 4 () Disponibilização de informações solicitadas pela CRS para compor o Plano
- 5 () Outra forma: _____

[22] – Seu município acompanha a execução das atividades presentes no Plano REGIONAL (ou que são planejadas pela CRS) (Se as ações previstas no plano estão ou não sendo executadas)?

- 1 () Sim
- 2 () Não

[23] – O acompanhamento destas atividades se dá através de:

- 1 () Reuniões periódicas entre municípios e CRS
- 2 () Boletins informativos emitidos pela CRS
- 3 () Reuniões do Conselho Regional de Saúde
- 4 () Reuniões do Colegiado de Gestão (se houver)
- 5 () Reuniões das Comissões Intergestores Bipartite Regional (se houver)
- 6 () Solicitação de informações feita pelo seu município à CRS
- 98 () Outros: _____

[24] – Como o senhor vê a implementação das atividades previstas no planejamento da CRS:

- 1 () Estão sendo implementadas em sua maioria
- 2 () Estão sendo implementadas em parte
- 3 () Poucas atividades estão sendo implementadas
- 4 () As atividades previstas no plano não estão sendo implementadas

[25] – Dê exemplo de uma atividade ou programa constante no Plano Regional de Saúde que já foi implementada: _____

[26] - Dê exemplo de uma atividade ou programa constante no Plano Regional de Saúde que ainda NÃO foi implementada: _____

[27] – Marque com um X os itens que, na sua opinião, são VERDADEIROS com relação ao modo de repasse dos recursos financeiros da CRS (Estado – Municipalização Solidária da Saúde) para os municípios: **[Pode marcar mais de uma alternativa]**

- 1 () Permite maior previsibilidade
- 2 () Permite que a execução do recurso seja programado
- 3 () Dá maior autonomia para o município decidir onde e como gastar o recurso
- 4 () Não permite previsibilidade
- 5 () Não permite a programação dos recursos
- 6 () Permite conhecer a que objetivos são aplicados os recursos
- 7 () Permite conhecer/identificar em que bens ou serviços os recursos são aplicados
- 8 () Facilita a prestação de contas

Bloco II - Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas

[28] - A Secretaria Municipal de Saúde é avaliado ou presta contas de suas atividades a algum órgão externo ou interno?

- 1 () Sim
- 2 () Não
- 99 () Não sabe

[Se respondeu 'não' ou 'não sabe', passe para a questão 34]

[29] - A quem ou a que órgão a SMS presta contas? **[Pode marcar mais de uma resposta]**

- 1 () Ao Prefeito/ Prefeitura Municipal de Saúde
- 2 () À Câmara de Vereadores
- 3 () Ao Conselho Municipal de Saúde
- 4 () À população através de audiência pública
- 5 () Ao Ministério Público
- 6 () à 6ª Coordenadoria Regional de Saúde
- 7 () À Secretaria Estadual de Saúde
- 98 () Outro _____

[30] - Como é a prestação de contas de sua Secretaria? Marque com um X a alternativa que mais se adequa à forma de prestação de contas do seu município. **[Marque somente UMA das alternativas]**

- 1 () Somente dos recursos financeiros
- 2 () Somente das atividades ou programas realizados
- 3 () Somente dos resultados alcançados
- 4 () 1 + 2
- 5 () 2 + 3
- 6 () 1 + 3
- 7 () 1 + 2 + 3

[31] - Com que frequência se dá esta prestação de contas?

- 1 () Mensal
- 2 () Trimestral
- 3 () Semestral
- 4 () Anual
- 5 () Bianual
- 6 () Quadrienal

[Em caso de diferença na frequência da prestação de contas aos diferentes órgãos, favor descrever nas linhas abaixo, conforme o exemplo]:

Exemplo: Conselho de Saúde = anual;

Câmara de vereadores: mensal =

e assim por diante

[32]- Marque com um X nas alternativas que considera verdadeiras com relação à seguinte sentença:

A prestação de contas aos órgãos citados acima influencia nas suas atividades como gestor porque:

- 1 () Permite que os objetivos da Secretaria Municipal de Saúde sejam redefinidos
- 2 () Serve para redefinir o planejamento
- 3 () Possibilita rever a programação dos recursos
- 4 () Possibilita que a coordenação e organização dos trabalhos sejam revistas
- 5 () Influencia na disponibilidade e utilização dos recursos disponíveis
- 6 () Permite redefinir prioridades
- 7 () Torna a gestão mais transparente e permeável ao controle social
- 8 () Não influencia
- 98 () Outro.: _____

[33] - Qual o principal instrumento utilizado para a prestação de contas? **[Marque apenas UMA alternativa]**

- 1 () Relatório de gestão
- 2 () Audiência pública
- 3 () Conferência de saúde
- 98 () Outro _____

[34] - Quais os resultados que você, enquanto gestor, acredita terem sido alcançados após os municípios passarem a ser obrigados a prestar contas através dos relatórios de gestão e de audiência pública?

- 1 () Menor possibilidade de desvios das verbas da saúde
- 2 () Avanço no processo do controle social
- 3 () Mudanças no perfil do gestor

98 () Outros _____

[35] – Seu município elabora Relatórios de Gestão?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[36] – No último ano, quantos relatórios de gestão seu município encaminhou para a 6ª CRS?

- 1 () Um relatório de gestão
- 2 () Dois relatórios de gestão
- 3 () Três relatórios de gestão
- 4 () Quatro relatórios de gestão
- 5 () Mais de quatro relatórios de gestão

[37] - Quem elabora o relatório de gestão?

- 1 () Secretário Municipal de Saúde
- 2 () Secretário Municipal de Saúde e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
- 3 () Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
- 4 () Secretário Municipal de Saúde e equipe de assessoria contratada
- 5 () Equipe de assessoria contratada e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
- 98 () Outro: _____

[38] - Na sua opinião, o Relatório de Gestão:

- 1 () Facilita a prestação de contas por parte da Secretaria Municipal de Saúde
- 2 () Dificulta a prestação de contas
- 3 () Nem facilita nem dificulta

Justifique sua resposta:

[39] - O seu município encaminhou o relatório de gestão do último ano (2001), devidamente aprovado pelo Conselho de Saúde, para a 6ª CRS?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[40] – Na sua opinião, o Relatório de Gestão:

- 1 () É acessível à população
- 2 () Não é acessível à população

Justifique sua resposta:

[41] - Existem sanções (penalizações) aos municípios caso não prestem contas ao Conselho?

- 1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[42] - Que órgão efetua esta penalização? **[Pode marcar mais de uma resposta]**

- 1 () Coordenadoria Regional de Saúde
2 () Secretaria Estadual de Saúde
3 () Conselho Municipal de Saúde
4 () Conselho Estadual de Saúde
5 () Conselho Regional de Saúde
6 () Vereadores
7 () Prefeitura
8 () Ministério Público
98 () Outro: _____

[43] - Com relação ao papel da CRS neste processo, o senhor diria que ela:

- 1 () Estimula a prestação de contas ao Conselho
2 () Obriga o município a prestar contas ao Conselho
() Não interfere
3 () Desestimula a prestação de contas por parte dos municípios

[44] - A 6ª Coordenadoria Regional de Saúde avalia o funcionamento dos sistemas de saúde dos municípios da região?

- 1 () Rotineiramente/ Sistemáticamente
2 () Esporadicamente/ eventualmente
3 () Somente em casos especiais
4 () Não realiza avaliação
E () Não sabe

[45] – Seu município recebeu visita técnica de funcionários da 6ª CRS durante esta gestão?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Não sabe

[46] – Quantas visitas foram realizadas?

- 1 () Uma
2 () Duas
3 () Três
4 () Mais de três

[47] – Qual o objetivo destas visitas?

- 1 () Fornecer informações e esclarecer dúvidas do município
2 () Auxiliar o município a resolver problemas complexos
3 () Supervisionar o desenvolvimento das atividades realizadas pelo município
4 () Realizar uma avaliação da gestão municipal

5 () Verificar se o município está realizando aquilo que está contido no Plano Municipal de Saúde e no Relatório de Gestão

98 () Outro _____

[48] – A 6ª CRS avalia os municípios?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[Se marcou 'não' ou 'não sabe', passe para a questão 51]

[49] - Quais os instrumentos utilizados pela CRS para avaliar os municípios?

1 () Relatório de gestão enviado pelos municípios para a CRS

2 () Visita Técnica realizada pelo pessoal da CRS

3 () Protocolos enviados pela CRS a serem preenchidos pelos municípios

4 () Acompanhamento dos indicadores do sistema de informação

5 () Realização de seminários de avaliação

98 () Outro (s): _____

[50] - Você conhece os indicadores e critérios utilizados pela CRS para avaliar os municípios?

1 () Sim 2 () Não

[51] - Você já participou de alguma reunião ou evento para discutir o sistema ou forma de avaliação dos municípios pela CRS?

1 () Sim 2 () Não **[se marcou 'não', passe para a questão 53]**

[52] - Como foi esta reunião ou evento?

[53] - São pactuadas/ acordadas, **entre os municípios e a CRS**, metas e/ou resultados a serem alcançados na região (Exceto Pacto da Atenção Básica, Pacto da Epidemiologia e Controle de Doenças, ou outra pactuação promovida pelo Ministério da Saúde)

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[Se a resposta foi 'não' ou 'não sabe', passe para a questão 59]

[54] - São feitas reuniões regulares para a realização desta pactuação?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[55] - Existem sanções (punições), por parte da CRS, aos municípios caso as metas não sejam cumpridas ou os resultados não sejam alcançados?

1 () Sim 2 () Não 99 () Não sabe

[56] - Que tipo de punições/sanções são aplicadas?

1 () Bloqueio de recurso financeiro

2 () Redução de recurso financeiro

98 () Outro (s) _____

[57] - Existem incentivos ao cumprimento das metas pactuadas?

1 () Não

2 () Não

99 () Não sabe

[58] - Quais são os incentivos oferecidos?

Bloco III – Direcionalidade/ Sistema de Configuração da Agenda do Gerente

[59] – Escreva quais são as prioridades definidas para o sistema de saúde da REGIÃO?

1. _____

2. _____

3. _____

99 () Não sabe

[Se marcou 'não sabe', passe para a questão 61]

[60] - Quem participou da definição destas prioridades?

1 () Coordenadoria Regional de Saúde

2 () Secretaria Municipal de Saúde

3 () Conselheiros de saúde

4 () Prefeitos

5 () Membros da sociedade civil organizada

6 () Outros: _____

99 () Não sabe

[61] – Escreva quais são as prioridades em saúde na SUA gestão, ou seja, no seu MUNICÍPIO?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

99 () Não sabe

[62] – Que tipo de atividades ocupam a maior parte do seu tempo como Secretário (Quais suas principais atividades diárias)? **[Pode marcar mais de uma alternativa]**

1 () Reuniões

- 2 () Conversas com técnicos da CRS
- 3 () Relações políticas
- 4 () Rotinas, protocolos, despachos
- 5 () Oficinas de trabalho
- 6 () Relações públicas (imprensa)
- 7 () Supervisão e acompanhamento das unidades de serviço
- 98 Outros: _____

[63] – Estas atividades estão diretamente relacionadas às prioridades estabelecidas para a sua gestão?

- 1 () Sempre
- 2 () Na maioria das vezes
- 3 () Frequentemente
- 4 () As vezes
- 5 () Poucas vezes
- 6 () Nunca

Comentários.

[64] – Com relação ao tempo que você dedica a resolver problemas relacionados **a estas prioridades**, você diria que é:

- 1 () Escasso/ insuficiente
- 2 () Suficiente
- 3 () Mais que suficiente

Por que? _____

[65] – Se tivesse que classificar a quantidade de tempo que dispõe para resolver os problemas referentes à coordenação do sistema municipal de saúde, como você classificaria?

- 1 () Escasso/ insuficiente
- 2 () Suficiente
- 3 () Mais que suficiente

Por que?:

[66] – Como você distingue os casos, situações ou problemas importantes que surgem no dia-a-dia em seu município e **que merecem maior atenção de sua parte**, daqueles corriqueiros, de menor importância ou que podem ser resolvidos diretamente pelos técnicos da SMS?

[67] – A Secretaria Municipal de Saúde possui uma equipe ou unidade, formalmente constituída, que realize a descrição e análise de problemas que surgem no município, antes que estes problemas cheguem até você?

1 () Sim 2 () Não **[se marcou 'não', passe para a questão 69]**

[68] – Com relação ao trabalho desta equipe/unidade, você diria que ela:

1 () Contribui para a racionalização de sua agenda, filtrando os problemas de maior importância para a gestão.

2 () Evita que questões rotineiras ou emergenciais prevaleçam sobre as relativas às prioridades de governo.

3 () Realiza constantemente a síntese da situação geral do sistema de saúde regional, através de uma análise global do andamento do governo.

4 () Monitora periodicamente sua agenda

5 () Colabora na elaboração de um sistema de avaliação e prestação de contas das atividades e resultados desenvolvidos pelos municípios da região.

6 () Estabelece uma mediação entre o seu gabinete e os responsáveis pelo planejamento e acompanhamento da execução do plano.

98 () Outro: _____

[69] – Como os problemas que são identificados pela sua equipe (pessoal da SMS) chegam até você?

1 () Geralmente chegam tal como se apresentam para eles (problemas crus), sem apontamentos de possíveis causas e soluções.

2 () Geralmente chegam com um estudo mais detalhado e sistêmico, com levantamento das prováveis causas, mas sem propostas de solução.

3 () Com um estudo detalhado, apontando tanto as possíveis causas quanto as alternativas de solução, com suas respectivas vantagens e desvantagens.

Comentários:

[70] – Quando os problemas identificados pela sua equipe chegam até você com algum levantamento de causas e soluções, estas explicações geralmente:

1 () Levam em conta apenas os aspectos técnicos do problema e de suas possíveis soluções.

2 () Levam em conta predominantemente os aspectos políticos do problema e de suas possíveis soluções.

3 () Levam em conta tanto os aspectos técnicos quanto políticos do problema.

ANEXO IV

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pelo presente termo, solicito a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Gestão de Sistemas Regionais de Saúde: Um estudo de caso do sistema de gestão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde à luz da Teoria das Macroorganizações”, junto à 6ª Coordenadoria Regional de Saúde – Passo Fundo/ RS.

Passo Fundo, de de 2002.

Orientador

Pesquisador

Responsável pela Instituição

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara , detalhada e por escrito , da justificativa , dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa Gestão de Sistemas Regionais de Saúde: Um estudo de caso do sistema de gestão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde à luz da Teoria das Macroorganizações.

Fui informado(a) ainda :

- Dos riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho , assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia , riscos , benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida ;
- Da liberdade de participar ou não da pesquisa , tendo assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras , podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo ;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização ;
- Da garantia de que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo ;
- Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa ;
- Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa .

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a) , consinto em participar da pesquisa proposta , resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados .

O pesquisador responsável por este estudo é Juliano de Carvalho Lima que está desenvolvendo sob a orientação do professor Francisco Javier Uribe Rivera a pesquisa acima referida, como condição para a obtenção do título de mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública , tendo este documento sido revisado e aprovado pela Comissão de Ética da Fundação Oswaldo Cruz em ___/___/___.

Data: ___/___/___

Nome do participante: _____ Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Observação : o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde , será assinado em duas (2) vias de igual teor , ficando uma via em poder do participante e outra com o pesquisador responsável.

ANEXO VI

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE
PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TÍTULO: Gestão de Sistemas Regionais de Saúde: Um Estudo de Caso do Sistema de Gestão da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde à Luz da Teoria das Macroorganizações.

Esta pesquisa tem por propósito contribuir para a discussão de um modelo de gestão de sistemas de saúde mais descentralizado, com ênfase na autonomia e na responsabilidade e, portanto, mais coerente com as exigências colocadas pelo SUS para os sistemas regionais de saúde, principalmente a partir da NOAS 01/2002.

A presente pesquisa, que vai estudar o modelo organizacional de gestão do sistema regional de saúde da região da 6ª CRS à luz da Teoria das Macroorganizações do Planejamento Estratégico Situacional, tem por objetivos principais: *1) identificar os modos de construção e implementação da missão e dos objetivos na gestão da saúde da região; 2) analisar como o Coordenador Regional de Saúde administra seu tempo e como são selecionados os problemas a que destina maior atenção; 3) analisar os momentos, procedimentos e critérios de avaliação com que se dá o processo de petição e prestação de contas na gestão do Sistema Único de Saúde na região e; 4) analisar como são distribuídas as competências no interior do sistema regional de saúde.*

Para alcançarmos estes objetivos estamos conversando com o Coordenador Regional de Saúde e com os coordenadores dos setores da CRS, recolhendo documentos escritos que possam conter informações relacionadas ao estudo e, aplicando questionários aos Secretários Municipais de Saúde da região.

Para que possamos conhecer a forma como se dá a gestão do SUS na região, gostaríamos de contar com a sua colaboração, respondendo a este questionário. O que você irá responder será confidencial. Isto é, as pessoas que respondem não serão identificadas e os questionários não serão mostrados a outras pessoas. Todos os resultados serão divulgados de modo que as divulgações sejam anônimas.

A sua participação na pesquisa respondendo ao questionário é livre. Você só responde à entrevista se quiser e você pode retirar-se da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e também qualquer prejuízo.

As informações e dados coletados nesta pesquisa serão divulgados na forma de dissertação e artigos sobre gestão de sistemas de saúde.

Se você optar por participar da pesquisa, por favor leia e assine o Termo de Consentimento. Muito Obrigado.