

UNIDADE 3

CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

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

CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SERVIÇOS DE SAÚDE: ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Saiba mais

Carlos Matus

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

ALGUNS DESAFIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Complementando...

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

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

Resumindo



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

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

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



Atividades de aprendizagem

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

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

Bons estudos!

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