

UNIDADE 6

PROFISSIONALIZAÇÃO DOS DIRIGENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Conhecer a Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde;
- ▶ Identificar as Estratégias de Profissionalização; e
- ▶ Distinguir a Dimensão da Formação e das Instituições.

PROFISSIONALIZAÇÃO DOS DIRIGENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Caro estudante,

O tema da profissionalização gerencial, para a área de saúde pública em especial, pode parecer simples de ser abordado. Se por acaso a sua importância for questionada, tanto para governantes quanto para teóricos do campo da gerência ou mesmo para os atuais dirigentes, muito provavelmente uma unanimidade seria estabelecida a favor da qualificação profissional. Por que será que tal realidade ainda não ultrapassa algumas poucas iniciativas de formação e, talvez, em menor número ainda, sejam as instituições que estabelecem tal princípio para a ocupação de cargos de gestão? O dirigente de saúde configura ou pode vir a configurar de fato uma área profissional diferenciada? A condição de gerente de saúde seria atributo particular do médico? Quais estratégias adotar para desenvolver a competência gerencial em saúde? Quais habilidades devem ser desenvolvidas por esse profissional?

Muito bem, vamos ver essas respostas a seguir.

Bom trabalho!

A unanimidade nas respostas das perguntas anteriores ficará com certeza restrita à primeira pergunta. Várias possibilidades e mesmo conflitos aparecerão nas demais questões, o que leva a crer que aquele primeiro consenso é frágil e superficial.

Nesse tema, a administração pública, nos diversos níveis de governo, ainda vem dando os primeiros passos, assim como também são recentes os debates e iniciativas mais consequentes, ainda que isoladas, sobre modelos gerenciais aplicáveis a serviços de saúde.

Nesta Unidade, o tema da profissionalização gerencial é compreendido como uma dimensão estratégica do processo de desenvolvimento de modelos inovativos de gestão para serviços de saúde.

Lidar com esse tema é, de algum modo, navegar sem rotas muito precisas. Motta (1991) alerta quanto à ambiguidade e mesmo o mistério que cerca a definição da função gerencial, ainda que muito já se tenha estudado. A comparação que esse autor faz do gerente com o técnico de futebol é ilustrativa: “permanecem com as vitórias e se vão com as derrotas” (MOTTA, 1991, p. 19). Nesse caso, a comparação é geral, não sendo construída obviamente para dirigentes de saúde, em que ainda pouco se valoriza tanto as vitórias quanto as derrotas e mesmo os dirigentes!

A essa altura caberia mais algumas perguntas? Que governante (dirigente) de um time de futebol entregaria seu time de jogadores de nível de seleção a um técnico improvisado? Que conselho de acionistas de uma empresa entregaria a sua gestão a um executivo inexperiente?

Um exemplo: um hospital de médio porte, com 150 a 200 leitos de média complexidade de atenção, com cerca de três funcionários por leito, ambulatórios e emergência 24 horas, dificilmente, terá um custo anual menor do que 30 milhões de reais. Os responsáveis por esse patrimônio, gerentes desse processo de trabalho e desses recursos, podem não se dar conta de que estão incapacitados?

Voltando às contribuições de Motta (1991, p. 20), há que se concordar que a “função gerencial contrasta com outras funções produtivas (técnicas e administrativas), passíveis de definições claras sobre atribuições [...]”. A função gerencial, por sua vez, é repleta de dualidades, sendo também, ambígua. Completa o autor:

Dirigentes [...] não supervisionam rotinas nem lidam com tecnologias específicas; não produzem bens ou serviços

Estimativa do autor considerando dados orçamentários de diversos hospitais assemelhados com os quais teve contato nos diversos cursos de gestão que coordenou e exerceu atividades docentes e, ainda, em consultorias realizadas.

quando transacionam com públicos interno e externo [...]; envolvem-se, todavia, com inúmeras rotinas e técnicas, agindo diferenciadamente quanto à natureza e tempo em cada uma delas. (MOTTA, 1991, p. 20).

Não temos a pretensão de caracterizar a função do dirigente de saúde. Por isso, estão aceitas as considerações preliminares de Motta (1991), sem que, no entanto, isso impeça que discorramos, mesmo em primeira aproximação, sobre a profissionalização do dirigente hospitalar, tomando as perguntas formuladas no início como provocações que ajudam na construção de um roteiro.

A exigência de habilitação profissional é desde já assumida, sendo mesmo referência e condição para o que se espera do dirigente como implementador de novos modelos de gestão e de sua continuada melhoria. A melhor *performance* organizacional pode ser associada à competência do gerente.

Uma boa experiência de gestão seria inviável sem o recurso profissional da gestão devidamente habilitado. Quanto a isso, podemos concordar com Matus (1994, p. 177) quando fica estabelecido, entre as bases para a intervenção e desenvolvimento organizacional, “o treinamento de pelo menos 70% dos quadros gerenciais”.

ESTRATÉGIAS DE PROFISSIONALIZAÇÃO: A DIMENSÃO DA FORMAÇÃO E A DIMENSÃO DAS INSTITUIÇÕES

Devido ao conjunto de fatores intervenientes sobre o desempenho das organizações e o alcance de resultados de qualidade, está perfeitamente claro que a prática gerencial não profissionalizada, por mais experiência que contenha, não será suficiente para o adequado desempenho organizacional, quaisquer que sejam as condições ambientais a envolver a organização.

A complexificação crescente dessas organizações e de seu meio ambiente não permite mais que as ações e decisões de seus dirigentes sejam fundamentadas exclusivamente no bom-senso e nas experiências passadas, que, apesar de importantes, não são suficientes.

A profissionalização do gerente significa o processo de habilitação, tomando como referência um rol de conhecimentos e habilidades particulares, possíveis de serem desenvolvidas em programas de formação. Mas a profissionalização apenas se confirma, quando a competência específica encontra espaço socialmente definido para a sua prática, valorizando-a na sua especificidade, uma vez que cumpra uma razão de ser própria, seja socialmente demandada e institucionalmente legitimada. A profissionalização tem duas dimensões, uma ao nível da formação, outra ao nível institucional, como função profissional. A sua interdependência e potencialização deve ser evidente. Na França, essa relação biunívoca encontra-se formalmente definida – existe a carreira de diretor hospitalar. Esse processo, no entanto, não impõe tal formalização, mas deve conter níveis significativos de legitimidade. Como dar conta dessas duas dimensões, será visto em seguida.

Quanto à habilitação gerencial, Motta (1991) identifica algumas qualidades básicas da função, mas que, apesar de necessárias, são insuficientes para o adequado exercício da função.

- ▶ **O bom-senso:** apesar de requisito para qualquer atividade importante, é insuficiente para lidar com a complexidade dos sistemas organizacionais modernos.
- ▶ **A autoridade do cargo:** se por um lado a autoridade do cargo é fonte de legitimidade e de poder, é também limitada para dar conta do comportamento administrativo dos indivíduos, já que grande parte dos

fatores que condicionam a prática de trabalho é incontrolável pela autoridade hierárquica.

- ▶ **A qualidade da decisão:** necessária sem dúvida, mas não traz consigo a garantia da implementação, que é um processo sujeito às mesmas influências técnicas e políticas da decisão.
- ▶ **Os conhecimentos de procedimentos burocráticos:** conforma uma ajuda importante, mas pouco tem a ver com a capacidade de decisão e inovação, habilidades gerenciais modernas (MOTTA, 1991).

Outra questão bastante atual diz respeito às diferentes competências segundo os níveis de gestão. Motta (1991, p. 37) afirma que,

[...] se níveis hierárquicos e sistêmicos são mais ambíguos e imprecisos, e funções gerenciais antes consideradas típicas de um nível hierárquico, compõem hoje em dia, partes importantes de atividades de outro, pode-se concluir que não há mais base lógica para separar formação gerencial de forma rígida e tipificada por níveis [...].

Assim, propõe o autor que todos os profissionais de gestão sejam capacitados segundo a perspectiva clássica dos dirigentes de alto nível. Assume-se que em qualquer nível, mas especialmente em decorrência dos processos de descentralização, “todos os gerentes cumprem funções voltadas primordialmente para o direcionamento da organização”. (MOTTA, 1991, p. 37).

Essas funções envolvem conhecimentos e habilidades passíveis de serem aprendidas e que não são fruto de aquisição decorrente da experiência e do bom-senso. O mesmo autor identifica quatro tipos de conhecimentos e habilidades, com os seguintes significados:

- ▶ **Estratégia:** conhecer, desenvolver alternativas e responder demandas, necessidades e apoios comunitários.

- ▶ **Racionalidade administrativa:** agir segundo etapas de uma ação racional calculada.
- ▶ **Processo decisório organizacional:** tomar decisões, interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem.
- ▶ **Reativar e reconstituir constantemente a ideia da missão e dos objetivos comuns:** conduzindo as pessoas à ação cooperativa desejada (MOTTA, 1991).

Dussault (1992) faz proposições bastante assemelhadas, ainda que com outros recortes. Diz esse autor que impõe-se desenvolver a competência gerencial entendida em três dimensões:

[...] os conhecimentos ou **nível do saber**, que dizem respeito as teorias, conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção, as organizações; as habilidades ou **nível do saber fazer**, isto é, a capacidade de se utilizar do saber para analisar as situações, diagnosticar os problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho, gerir o pessoal; as atitudes ou o **nível do saber-ser**, isto é, as disposições compatíveis com uma gerência eficiente, como a abertura de espírito, a empatia, o pragmatismo e o sentido ético. (DUSSAULT, 1992, p. 38).

A competência do gerente será então determinada por um conjunto de fatores pessoais, inatos e intuitivos, além de outros adquiridos em suas experiências, mas também por uma formação específica, por meio do desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de novas atitudes. (DUSSAULT, 1992).

Tanto nas compreensões de Motta (1991), quanto nas de Dussault (1992), as respectivas dimensões não devem ser pensadas ou desenvolvidas isoladamente. Essas dimensões arbitrariamente distintas entre conjuntos de conhecimentos e habilidades são, na prática, complementares e mutuamente determinadas.

Também é necessário o alerta de que todos esses domínios podem ser extremamente vastos, sendo necessária uma adequada

identificação de seus limites. Especificamente nos campos da estratégia e da racionalidade administrativa, Motta (1991) acredita existirem técnicas em grande número, não sendo necessário que todas sejam do domínio do dirigente ou mesmo que venham a fazer parte do seu cotidiano.

Em nível específico da estratégia, o objetivo é o desenvolvimento

[...] da capacidade de pensar estrategicamente, ou seja, de ter visão do futuro e do grande escopo, de usar análises racionais e métodos intuitivos e de lidar com o incerto, o imprevisto e o não familiar. (MOTTA, 1991, p. 39).

O domínio das técnicas pode e deve ser limitado, “o suficiente para ajudá-los a desenvolver a visão estratégica da organização”. (MOTTA, 1991, p. 39).

É preciso fazer uma ressalva quanto ao domínio do método de Planejamento Estratégico Situacional – PES, desenvolvido na Unidade 5. Não podemos propor o seu domínio integral pelos dirigentes, ainda que em muitos casos seja imperioso o conhecimento de grande parte do método, especialmente para os casos em que houver o propósito de implementação do sistema de gestão que emana daquele método. No entanto, mesmo nesses casos, toda a metodologia deverá envolver processo concomitante de assessoria e treinamento gerencial. Os dirigentes não poderão prescindir, porém, de conhecimentos e habilidades mínimas para desenvolver o pensamento estratégico, conforme assinalado por Motta (1991).

O mesmo raciocínio, o autor desenvolve em relação à dimensão da racionalidade administrativa, área de ênfase na formação de administradores, em que

[...] os dirigentes devem obter informações sobre algumas técnicas fundamentais, não para praticá-las, mas para familiarizarem-se com suas dimensões básicas e saber utilizar com mais eficiência os especialistas da área. (MOTTA, 1991, p. 39).

Entre as técnicas mais essenciais e oportunas para a ação do dirigente, podemos citar aquelas relativas à orçamentação (incluindo noções sobre custos), gestão de operação logísticas (especialmente aquisição de materiais e serviços) e mobilização de recursos humanos (especialmente avaliação, desenvolvimento e motivação).

Já o processo decisório organizacional, que contém as duas dimensões anteriores, também é condicionado “por elevadas doses de ilógica”. O dirigente deverá estar habilitado não apenas acerca dos aspectos formais e previsíveis do comportamento organizacional, mas também devem se familiarizar com as dimensões do informal e dos imprevistos presentes no meio organizacional.

Motta (1991, p. 42) destaca conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento da liderança e das capacidades interpessoais, essenciais para a eficácia gerencial.

Dussault (1992) diz que o dirigente habilitado deve ser capaz de “ler” a sua organização, sendo capaz de compreender a sua dinâmica, os seus condicionamentos mais expressivos. Para os hospitais, essa competência supõe

[...] entender o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente, as necessidades da comunidade e a sua distribuição e evolução. (DUSSAULT, 1992, p. 16).

Essa é a primeira condição para conduzi-la, mas o dirigente, segundo esse autor, deve também ter a capacidade de “adaptação”, sendo capaz de enfrentar situações inesperadas e para elas preparando-se. Essa capacidade coincide com a dimensão estratégica de Motta (1991, p. 16) e se traduz na competência para “saber definir objetivos e estratégias e divulgá-los, tanto para dentro como para fora da organização”.

Esse autor também afirma que ao nível técnico específico, não há necessidade de conhecimento especializado sobre cada área

de gestão ou produção de serviços de saúde. O conhecimento deve ser suficiente para que entendamos o que seus especialistas fazem, sendo capaz de com eles interagir. (MOTTA, 1991, p. 17).

Dussault (1992) arremata suas ideias afirmando que são oportunos os programas de formação que ajustem desenvolvimento de capacidades analíticas com possibilidades intervencionistas, que aliem competência docente a experiências gerenciais. Essa compreensão se ajusta adequadamente ao seguimento desse texto.

O processo de desenvolvimento gerencial não é dependente exclusivo da habilitação gerencial, como se esse fosse um processo exclusivo de natureza acadêmica, afastado do espaço concreto da prática da gestão. A contraparte institucional deve também existir, o que significa dizer que a formação gerencial modifica, transforma a realidade de gestão, mas os sistemas de gestão, seus instrumentos, o espaço de atuação do gerente, também devem ser modificados, potencializando e conferindo razão de ser à competência profissional.

O maior obstáculo para a contrapartida institucional a esse processo de desenvolvimento gerencial, ainda, é a grande dependência de seus serviços dos níveis decisórios centrais. Assim, a governabilidade dos dirigentes de serviços de saúde encontra-se de maneira geral, bastante reduzida. Conferir maior autonomia às organizações de saúde, nos três níveis de governo, é uma condição para maior agilidade e capacidade de resposta às pressões sobre a **gerência local**. O argumento comumente usado de que não há competências e instrumentos locais para a descentralização será entendida como desinteresse em querer fazer.

Lembre-se de que tratamos deste tema na Unidade 2.

Mas de que autonomia nós estamos falando? Que tal fazer uma releitura na Unidade 2? É muito importante que você tenha isso claro para poder concluir esta disciplina.

É preciso ter claro também que qualquer processo de descentralização e maior autonomia local deve significar também

Quanto a possíveis lógicas de relacionamento entre organizações públicas com autonomia e o Estado, destacamos o estabelecimento de contratos de gestão entre as partes, cujos resultados são pactuados, com os respectivos meios para alcançá-los e níveis de autonomia são reforçados; veja novamente o que foi considerado na Unidade 2 e na Unidade 3.

uma revisão das funções dos organismos centrais e em última instância, uma revisão nas relações entre organizações subordinadas, ainda que autônomas, e o próprio Estado, conformando uma nova administração pública e novos instrumentos de relacionamento entre a autonomia e a **coordenação do Estado**.

A autonomia de gestão é uma característica que não pode ser vista sem a contrapartida de manutenção do sistema. Essa autonomia, possível segundo formas jurídicas diversas, deve ser acompanhada de medidas que reforcem as funções de tutela, no que diz respeito à compatibilidade dos produtos organizacionais com os objetivos assistenciais do sistema, ao acompanhamento e controle da *performance* quanto à eficiência e eficácia no alcance dos resultados esperados pelo hospital e, finalmente, no reforço do compromisso social de cada organização, por meio da transparência de suas ações e acesso às demandas da sociedade civil organizada.

Particularmente, para a gestão interna dos serviços, a lógica de autonomia enriquecerá as atribuições da sua gerência. A complexidade da realidade a ser gerenciada poderá ser enfrentada com novas possibilidades de intervenção dos executivos internos ao próprio hospital. Esse campo de ação deve representar não apenas a possibilidade e a capacidade de mobilização de recursos, mas especialmente a organização da atenção hospitalar, compreendendo estruturas de mando, sistemas de informações, sistemas operacionais, coordenação de atividades e equipes, comunicação externa e interna, planificação, avaliação e controle.

Aqui se insere outro componente da dita dimensão institucional e específica para as organizações hospitalares, que é o próprio sistema de gestão, agora já assumido em base de maior

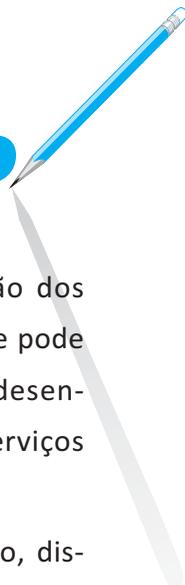
autonomia. Mas será preciso conferir a esse sistema, as especificidades necessárias à condução daquelas organizações. Esse tema já foi explorado nas Unidades anteriores, sendo suficiente no momento a compreensão defendida de que a estratégia institucional para alimentar o processo de profissionalização de seus gerentes deve estar amparada na transformação dos sistemas gerenciais de seus serviços, abrindo espaço e valorizando a competência profissional advinda das linhas de formação.

Complementando...

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

- 📖 *A modernização da Administração pública brasileira nos últimos 40 anos* – de Paulo Roberto Motta.

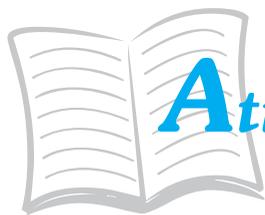
Resumindo



Nesta Unidade conhecemos a Profissionalização dos Dirigentes de Serviços de Saúde e compreendemos que pode ocorrer uma dimensão estratégica do processo de desenvolvimento de modelos inovativos de gestão para serviços de saúde.

Identificamos as Estratégias de Profissionalização, distinguindo a dimensão da formação e das instituições, vimos também o conjunto de fatores intervenientes relacionados ao desempenho das organizações e como podemos alcançar resultados de qualidade.

Enfim, percebemos que a prática gerencial não profissionalizada, por mais experiência que tenhamos, não será suficiente para o bom desempenho organizacional.



Atividades de aprendizagem

Muito bem! Chegamos ao final desta disciplina. Para conferir se você compreendeu o que abordamos nesta Unidade, responda à questão proposta a seguir. Se precisar de auxílio, entre em contato com o seu tutor. Lembre-se de que ele está à sua disposição.

Esperamos ter contribuído bastante para o seu aprendizado e recomendamos que você pesquise em outras fontes para adquirir mais conhecimentos sobre o assunto abordado.

Sucesso!

1. Comente brevemente os principais desafios para a profissionalização da gestão em saúde no âmbito do SUS, à luz do contexto atual e das abordagens apresentadas no texto.

Referências



ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP. Revista Brasileira de Administração Pública*, v. 1, p. 77-87, 2007.

ANDRÉ, M. *Contratos de gestão: subsídios para a reforma do Estado*. IBAN/ENAP, Rio de Janeiro. 1994.

ARTMAN, Elizabeth. *O Planejamento Estratégico Situacional – PES: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde*. Dissertação de Mestrado, ENSP, mimeo, 1993.

AUSTIN, John L. *Como Hacer Cosas con Palabras*. España: Ediciones Paidós, 1981.

BARBOSA, P. R. *Fundações Estatais como estratégias para novos modelos públicos de gestão hospitalar*. Apresentação em ppt. Conasems. Joinville: junho, 2006.

BARBOSA, Pedro R. *O Processo de Desenvolvimento de Sistemas de Gestão em Organizações Hospitalares e a Importância da Profissionalização de seus Dirigentes: Considerações a partir de um Processo de Consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fiocruz*. Rio de Janeiro, 1995, Mimeo.

BERTALANFFY, Ludwig. *General Systems Theory: a New Approach to Unity of Science*, in *Human Biology*, dezembro, 1951.

BRASIL. *Acórdão n. 1.193/2006 – Plenário*. Sumário: Auditoria. Relacionamento entre Hospitais Federais no Rio de Janeiro e Fundações de Apoio. Constatação de Irregularidades. Determinações. Recomendação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 2006. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 4 set. 2008.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Modelo padrão de Lei de implementação de contrato de gestão – Organizações Sociais*. Brasília, 1995b.

_____. Ministério da Saúde. *Mais Saúde: direito de todos – 2008/2011*. 2. ed. Brasília – DF. Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal. Brasília: Principais Aspectos*. 2007.

_____. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília, 1995a. 86 p.

_____. Portaria n. 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004a. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1702_170804.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

_____. PORTARIA n. 1.703/GM/MS; 17 de agosto de 2004a. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1703_170804.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

BURMESTER, H.; RICHARD, J. La planification et le management stratégiques. In: CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpitalbrésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.

CAMPOS, A. C. *O Controle de gastos em saúde. Racionamento ou redistribuição?* Lisboa: ENSP, 1981. (Cadernos de Saúde, 7).

CAMPOS, Ana Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 24(2)30-50, 1990.

CAMPOS, Rosana Onocko. *Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul-set, 2000.

CASTOR, B. O.; FRANÇA, C. Administração Pública no Brasil – exaustão e revigoramento do modelo. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 20(3): 3-26, 1986.

CECÍLIO, Luís C. *Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde*. Tese (doutorado) Departamento de Medicina Preventiva, UNICAMP. São Paulo, 1993.

CHIAVENATO, Idalberto. *Teoria Geral da Administração*, v. I. McGraw-Hill do Brasil, 1979.

DAFT, Richard. *Organization Theory and Design*, 4. ed. Saint Paul: West Publishing Company, 1992.

DRUCKER, Peter. *Prática da Administração*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1962.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. *Revista Administração Pública*, n. 2, v. 26, Rio Janeiro: FGV, 1992.

ENSP/Fiocruz. *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar – Cooperação Técnica ENSP/Rennes*. Documento Síntese, mimeo, 1992.

FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz. Hospital Evandro Chagas – *Projeto Institucional*, mimeo, 1989.

FLEURY, S. *Tendências e perspectivas da autonomia e regulação da gestão pública no Brasil*. Seminário. Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ – ESPP, novembro, (mimeo). 1996.

FLORES, Carlos F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Chile, Hachete, 1989.

GIL, Antônio C. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo, Atlas, 1987.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. *Administração e Contexto Brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

HOUAISS, Instituto Antônio Houaiss. Versão monousuário, 3.0. CD-ROM. Objetiva: junho de 2009.

IBAÑEZ, Nelson; BITTAR, Olímpio José Nogueira; SÁ, Evelin Naked de Castro; YAMAMOTO, Edison Keiji.; ALMEIDA, Márcia Furkin.; CASTRO, Claudio Gastão Junqueira. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 391-404, 2001.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 12, suppl. 0, Rio de Janeiro: novembro de 2007.

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da Saúde – *Assistência Médico-Sanitária*, Rio de Janeiro, IBGE, 2006.
- KHANDWALLA, Pradip. *The Design of Organizations*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1977.
- LALANDE, A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. In: *Dicionário de Ciências Sociais*. Instituto de Estudos Políticos. Madrid, v. II, 1976.
- LAMY, Yves; BARBOSA, Pedro R. La Fonction de Directeur d'Hôpital. In: CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien*. Rennes. ENSP Éditeur, 1993.
- LEMOS, Sheila Maria. Definição e Implementação de Objetivos nas Organizações Públicas de Saúde. *Revista de Administração Pública*, 28 (4): 38-64, 1994.
- LEMOS, Sheyla. *O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza*. Tese (mestrado) EBAP/FGV, mimeo 1993.
- LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(5): 201-235, 1996.
- MADEIRA, J. M. P. *Administração Pública Centralizada e Descentralizada*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2000.
- MALIK, Ana Maria; VECINA NETO, Gonzalo. *Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde*. São Paulo: mimeo, 1991.
- MALIK, Ana Maria; VECINA NETO, Gonzalo. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, p. 825-839, 2007.
- MATUS, Carlos. *Adiós Señor Presidente*. Caracas: Pomaire/Ensayos. 1987b.
- _____. *PES: Guia de Analisis Teorico*. Caracas: Fundación Altadir. mimeo, version junio/1994.
- _____. *Política, Planificación y Gobierno*. Washington: Borrador, 1987c.

- _____. *Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones*. mimeo, s. d.
- _____. *Criando Organizações Eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995.
- _____. *El Metodo PES, La Reingenieria Publica Y La Teoria de las Conversaciones: trabas y problemas*. Colección Ciencias y técnicas de Gobierno. Bogotá: Fondo Editorial Altadir, 1994.
- _____. *La Planificación de Situaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- _____. *O Planejamento Estratégico Situacional – PES na prática*. Caracas: Fundação Altadir, mimeo, 1987a.
- _____. *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: Organização Panamenha de Saúde, 1994.
- _____. *Sistema de Acompanhamento e Monitoramento*. Venezuela: Fundação Altadir, mimeo, 1993.
- MENDES, Eugênio V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.
- MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.
- MINTZBERG, Henry. *Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press, 1989.
- MORDELET, P.; BRAGA NETO, F. C.; OLIVEIRA, S. G. L'autonomie de gestion. In: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpitalbrésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.
- MORGAN, Gareth. *Images of Organizations*. 3. ed. USA: Sage Publications, Inc., 1991.
- MOTTA, Fernando C. Prestes. *Teorias da Administração: alcance, limites, perspectivas*. mimeo, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, Rio de Janeiro, out. 1990.
- MOTTA, Paulo Roberto. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. *RAP. Revista Brasileira de Administração Pública*. Edição Especial Comemorativa. Rio de Janeiro, p. 87-96, 1967-2007.

- _____. *Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde*. Trabalho apresentado no Seminário “Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: em busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial”. ENSP/FIOCRUZ – FUNDAP/SP, mimeo, 1990.
- _____. *Análisis gerencial de los Sistemas de Salud*. In: *OPS Publicación Científica*, n. 449, Washington, DC, USA, 1983.
- _____. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- _____. *Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise*. Síntese da palestra realizada na FUNDAP, São Paulo, mimeo, 1989.
- _____. *Modernização Administrativa: propostas alternativas para o estado latino-americano*. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):31-61, 1987.
- _____. *Transformação Organizacional: a Teoria e a Prática de Inovar*. Rio de Janeiro: Qualitymarked, 1997.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, v. 40, p. 73-78, 2006.
- PERROW, Charles. Goals in Complex Organizations. *American Sociological Review*, v. 26, n. 6, 1961.
- ROLLET, Christian. Le système Hospitalière Français. In: CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestion Hospitalière: un défi pour l'hôpital brésilien*. Rennes, ENSP Éditeur, 1993.
- SALGADO, Valéria A. B. *Modelos de gestão: formas jurídico-institucionais da Administração pública*. Conceitos e características principais. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Outubro, 2007.
- SANTOS, L. *Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações*. Seminário III. Organização Social (OS). Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Fundação Estatal de Saúde. Apresentação de Trabalhos Técnicos. São Paulo, novembro, 2007. Disponível em: <http://www.cepam.sp.gov.br/arquivos/cicloseminarios/link_0011_cs4.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

SANTOS, Lenir. *Contornos Jurídicos da Integralidade da Atenção à Saúde*. SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais. 1. ed. São Paulo – SP: Editora Hucitec, 2007.

SCHOLTES, Peter R. *Times da Qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

SCOTT, W. R. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1981.

SEARLE, John. *Speech Acts: an Essay in Philosophy of Language*. Cambridge: University Press, 1969.

SHIER, Adriana da Costa. R. *A Participação Popular na Administração Pública: o Direito de Reclamação*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

SILVA, Roseli Monteiro da. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Dissertação (mestrado) ENSP, Fiocruz, mimeo, Rio de Janeiro, 1994.

_____. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: Uma Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Dissertação de Mestrado, Ensp, Fiocruz, mimeo, Rio de Janeiro, 1994.

SILVERMAM, David. *The Theory of Organizations*. New York: Basic Books, 1971. p. 44-72.

THOMPSON, James D. *Dinâmica Organizacional*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

_____. *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill, 1967.

URIBE RIVERA, Francisco Javier. *A Comunicação e a Negociação Gerencial sob o Pano de Fundo das Organizações Profissionais de Saúde*. mimeo, ENSP, 1995.

_____. *Comunicação e Gestão Organizacional por Compromissos*, mimeo, ENSP, 1995.

_____. *Esboço de um Contraponto Teórico-Metodológico entre o Planejamento Estratégico Situacional – PES e o Controle de Qualidade Total – TQC*, mimeo, ENSP, 1994.

_____. *Jurgen Habermas: razão comunicativa e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)* ENSP/FIOCRUZ (Tese de Doutorado), versão revis., mimeo. 1995.

VECINA NETO, Formas Jurídicas das Organizações de Saúde. *Revista do GVsaúde* da FGV-EAESP, n. 7, p. 4-8, primeiro Semestre de 2009.

VECINA NETO, Gonzalo; BARBOSA, Pedro Ribeiro. *Estruturas Jurídico-institucionais e Modelos de Gestão para Hospitais e outros Serviços de Saúde*. 2006.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na Assistência Hospitalar. *In: Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, Abrasco, julho/agosto, 2007.

MINICURRÍCULO

Pedro Ribeiro Barbosa

Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestrado em Administração pela Fundação Getúlio Vargas e Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz. Atualmente é Vice-presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional e Diretor executivo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC. É professor, pesquisador e consultor da Fiocruz e atua nas áreas de Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde e Gestão da Inovação em Saúde.



Antônio Ivo de Carvalho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Especialização em Saúde Pública e Mestrado em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Foi Subsecretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é pesquisador e professor da Fiocruz e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos temas Conselhos de Saúde, Controle Social e Participação Social.

