

Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro*

Creuza da Silva Azevedo**

Sumário: 1. Introdução; 2. As organizações de serviços de saúde e sua gerência: aspectos teórico-conceituais; 3. A gerência hospitalar pública no Rio de Janeiro; 4. Conclusões.

Palavras-chave: administração hospitalar; administradores hospitalares.

Caracterização do perfil profissional dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Visão da organização hospitalar e sua gerência, e também do trabalho gerencial desenvolvido.

Hospital administration: how the managers of public hospitals see it in Rio de Janeiro municipality

This article focuses on hospital administration, particularly as perceived by directors of public hospitals in city of Rio de Janeiro. The objective is to characterize the professional profile of these directors, their current views on hospital organization and management and perceptions of their managerial work.

The study sought to respond to questions about professional background, training in management and time in the current post. A second group of questions was related to determinants of management practice. Specifically, it sought to verify the director's comprehension of the characteristics and specificities of a public hospital and its management. A third group consisted of questions related to management functions within, and external to, the hospital, the management role of directors, problems confronted, and the director's major activities.

1. Introdução

A gestão de serviços públicos no Brasil tem sido intensamente debatida nos últimos anos.

Cabe observar que a valorização de fatores gerenciais não é particular ao setor público e nem restrita ao país. O cenário internacional se caracteriza pela necessidade de buscar melhores produtos e serviços — dadas a intensa competitividade e as rápidas mudanças tecnológicas — e é fonte de grandes desafios para as organizações e sua gerência (Leebov & Scott, 1990).

* Artigo recebido em jan. e aceito em maio 1995. Trabalho elaborado a partir da dissertação de mestrado *Gerência Hospitalar: a Visão dos Diretores de Hospitais Públicos do Município do Rio de Janeiro*. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, dez. 1993.

** Pesquisadora assistente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

No contexto da administração pública no Brasil, ressalta-se a percepção de que as instituições públicas são historicamente ineficientes, ociosas, criticadas por não cumprirem as funções sociais a elas atribuídas. Há uma tendência histórica à excessiva centralização, e as práticas administrativas se caracterizam pelo clientelismo e corrupção.

Mas o processo de democratização que está ocorrendo exige que as organizações públicas busquem recuperar sua capacidade operacional e alcançar maior eficiência e efetividade social (Kliksberg, 1988).

As práticas progressistas estatais, em oposição ao caráter “racionalizador” das políticas dos governos autoritários pós-64, por muito tempo desconfiaram das preocupações gerenciais (Siqueira, 1990). Recentemente essa postura mudou. No caso específico das instituições de saúde, intensificou-se o debate acerca do componente gerencial, apontando-se a necessidade de criar alternativas nesse campo que contribuam para a maior eficácia dos serviços de saúde.

Como fruto do próprio processo social brasileiro, a Constituição de 1988 incorporou avanços na área da saúde, especialmente no que diz respeito à definição do Sistema Único de Saúde (SUS), sob comando do setor público, e à adoção de diretrizes descentralizadoras. A política de saúde, graças à política de municipalização, avançou, ainda que de forma hesitante, no processo de transferência de recursos e poder decisório para o nível local, porém não avançou no sentido de garantir uma prestação eficiente de serviços.

Os debates sobre o SUS passam então a incluir propostas relativas à melhoria da capacidade técnico-gerencial, como base para a melhoria da qualidade assistencial e da produtividade dos recursos. Há também a necessidade de desenvolver a capacidade administrativa dos diversos níveis gerenciais advindos do próprio processo de descentralização.

Nesse contexto, as propostas gerenciais para o setor público de saúde que vêm sendo apresentadas compreendem dois eixos: descentralização e profissionalização do gerente (Braga Neto, 1991).

A descentralização envolve a busca de condições para que as organizações públicas de saúde funcionem com maior eficácia e eficiência. Para tal apresentase a proposta de transferência de poder e agilidade para as próprias unidades prestadoras de serviços, especialmente os hospitais, dada a sua importância assistencial e econômica.

Com respeito à profissionalização, enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento gerencial e a importância de programas de capacitação gerencial como estratégia para a formação de quadros.

Para que as iniciativas no campo da formação de recursos humanos na área gerencial surtam efeito, é preciso identificar melhor as necessidades de formação. Educadores voltados para preparação de executivos buscam definir o papel real e ideal desses gerentes no desempenho das organizações (Kovner & Neuhauser, 1987). O processo de capacitação deve, pois, basear-se em um conjunto de idéias sobre o que os gerentes fazem. É fundamental conhecer melhor a

realidade gerencial dos serviços públicos de saúde, identificar seus problemas e limites, entender seus dirigentes e sua perspectiva gerencial.

Este trabalho pretende contribuir para a identificação das necessidades de formação na área de gestão hospitalar pública, através da visão dos seus diretores, e busca responder às seguintes questões: qual o perfil profissional dos diretores de hospitais, como eles vêem a organização hospitalar e a sua gerência, e o seu próprio papel como administradores?

Geograficamente o estudo abrange os hospitais públicos do município do Rio de Janeiro — que concentra a maior rede pública hospitalar do Brasil — vinculados às diversas instituições públicas aqui existentes.

2. As organizações de serviços de saúde e sua gerência: aspectos teórico-conceituais

Para compreender e analisar o material empírico, é fundamental abordar teoricamente as questões da pesquisa, identificando, a partir da literatura pertinente, as características das organizações de saúde, as particularidades advindas de sua inserção na esfera da administração pública e também os papéis gerenciais.

O modelo de organizações profissionais de Mintzberg

Nos anos 70, Mintzberg introduziu na literatura administrativa uma visão extremamente crítica e inovadora. Em seus trabalhos, busca compreender o mundo organizacional e caracterizar o trabalho gerencial.

Ao analisar a estrutura e a dinâmica das organizações, Mintzberg (1982, 1989) define sete tipos de configurações organizacionais.

As organizações de saúde, especificamente os hospitais e também as universidades, são identificadas em sua tipologia como organizações profissionais cujo bom funcionamento depende principalmente de seus operadores. O trabalho operacional é complexo e diretamente controlado pelos que o executam — especialistas com alto nível de qualificação que requerem autonomia.

A padronização de habilidades e conhecimentos é obtida de modo primário através do treinamento formal. A formação inicial ocorre na universidade ou numa instituição especial e continua por longo período através do treinamento em serviço. Daí essa característica fundamental das organizações profissionais: grande parte das normas e dos padrões provém não da estrutura organizacional, mas de associações ou instituições profissionais.

O trabalho em si é muito complexo e especializado, e seus resultados não podem ser facilmente mensurados. A complexidade e a diversidade do trabalho levam à arbitrariedade, mas decisões sobre os serviços a serem prestados garantem ao profissional uma latitude considerável para sua execução.

O diagnóstico é uma etapa fundamental, e as decisões dependem em grande parte de julgamento profissional. Conseqüentemente os profissionais preservam grande autonomia, pois são os únicos a dispor dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento do seu trabalho. Nas organizações profissionais, o poder é consequência da perícia, e não da função ou da hierarquia.

Quanto à estrutura administrativa, na configuração profissional, o elemento-chave é o centro operacional, onde se realizam as atividades finais da organização. O poder se situa principalmente na parte inferior da estrutura e é repartido entre os próprios profissionais do centro operacional. O outro elemento importante é o apoio logístico às atividades do centro operacional. O papel dos gerentes e da tecnoestrutura (analistas e planejadores) é mais limitado: pouco influencia a coordenação e a normatização do trabalho profissional.

Os profissionais controlam não só o seu próprio trabalho, mas também as decisões administrativas que os afetam, especialmente no âmbito da distribuição de recursos. É comum haver duas hierarquias administrativas paralelas: uma com características mais democráticas, com decisões de baixo para cima, para os profissionais, e outra mais do tipo mecânica, de cima para baixo, para a área de apoio.

A integração é o desafio que se apresenta às organizações profissionais. Integração da dupla estrutura, profissional e administrativa; integração dos diversos profissionais e especialistas; integração no sentido do compromisso dos profissionais com os objetivos organizacionais.

Segundo Mintzberg, o poder nas organizações de saúde é compartilhado, e os profissionais têm importante papel em sua dinâmica. Logo, é evidente que as estratégias gerenciais devem incluir processos de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos.

As organizações de serviços de saúde

A visão universalista da gerência considera que as organizações se assemelham umas às outras, de tal modo que o que é desenvolvido a partir de uma organização pode ser aplicado a outras. Para Sheldon (1975, apud Betson & Pedroja, 1989:355), “não há muita diferença entre um gerente na área de saúde, sendo ele médico ou não, e um gerente na indústria”.

Por outro lado, há autores que consideram o sistema de saúde e os serviços de saúde significativamente diferentes, complexos e de certo modo únicos, se comparados com outros tipos de organização, em particular as industriais, o que traz conseqüências para sua gerência (Shortell & Kaluzny, 1988; Austin, 1974; Kovner & Neuhauser, 1987; Dussault, 1992).

Segundo Shortell e Kaluzny (1988:13), eis as características mais freqüentemente mencionadas sobre os serviços de saúde:

- a) a definição e a mensuração dos resultados são difíceis;

- b) o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
- c) a maior parte do trabalho é de natureza emergencial;
- d) o trabalho dá pouca margem a ambigüidade e erro;
- e) as atividades são altamente interdependentes, sendo necessário um alto grau de integração entre os diversos grupos profissionais;
- f) o trabalho requer alto nível de especialização;
- g) boa parte dos membros da organização é extremamente profissionalizada, e eles são mais leais à profissão do que à organização;
- h) existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho: os médicos;
- i) em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

A particularidade dos serviços de saúde seria fruto da combinação dessas várias características mencionadas (Shortell & Kaluzny, 1988). Alguns desses elementos estão presentes no modelo de organizações profissionais de Mintzberg.

Kovner e Neuhauser (1987), comparando a gerência de organizações de serviços de saúde com a gerência de outras organizações, apresentam as seguintes considerações: os objetivos dos serviços de saúde são mais complexos do que nas indústrias de modo geral ou mesmo em outras organizações que prestam serviços, como um banco ou companhia de seguros. Os objetivos das organizações de serviços de saúde incluem assistência ao paciente, pesquisa, ensino e atividades comunitárias. Maior complexidade de objetivos implica problemas crescentes no âmbito da integração organizacional. Comparados com os executivos, os gerentes de serviços de saúde têm menos autoridade sobre os profissionais que trabalham na organização, especialmente na área médica. Os autores ressaltam também que o produto das organizações de serviços de saúde é difícil de especificar, o que torna as mudanças mais difíceis, já que não existem resultados padronizados para serem mensurados.

Dussault (1992) aponta, entre as particularidades dos serviços de saúde, o fato de atenderem a necessidades complexas e variáveis (com dimensões biofísicas e psicossociais) cuja definição varia de acordo com a inserção social, a representação do processo saúde-doença, conforme a clientela (adultos, mulheres, crianças, velhos). Diz ainda que há variações individuais, o que até certo ponto torna cada problema único. Austin (1974) refere-se à prestação de serviços de saúde como uma prestação de serviços individualmente definida para cada cliente.

Logo, os produtos do hospital são diversos e inúmeros. A unidade de produção do hospital seria o caso tratado, que envolve, para cada paciente, um conjunto específico de serviços de acordo com a patologia e as demais características pessoais referidas anteriormente. Tais serviços incluem aqueles considerados intermediários (exames, visitas médicas, alimentação etc.) e o serviço final (alta por patologia, parto, transplante de coração etc.). Wiley e Fetter (1990, apud Dominguez Ugá, 1992:18) assim definem o processo de produção hospitalar: “O hospital pode portanto ser considerado uma firma multiproduto que, teoricamente, deve ter uma linha de produção tão diversificada quanto o número de pacientes tratados”.

Para Dussault (1992), outro aspecto peculiar aos serviços de saúde é que serviços de baixa qualidade podem trazer riscos e prejuízos graves para o usuário. Portanto é preciso respeitar normas de qualidade, embora as organizações de saúde não possam ser formalizadas demais, pois os prestadores precisam ter autonomia para adaptar os serviços às necessidades dos usuários.

Ao abordar a questão dos resultados dos serviços, o mesmo autor menciona também a dificuldade de mensurá-los e destaca a relação entre os serviços e a saúde, ainda pouco conhecida, embora sejam aceitos seus inúmeros determinantes — biológicos, comportamentais, ambientais. Conseqüentemente, a capacidade dos serviços de saúde para resolver problemas é limitada por natureza, acrescentando-se ainda as dificuldades oriundas da própria ineficácia relativa do cuidado prestado.

É fundamental reafirmar, com base nos diversos autores citados anteriormente, a complexidade dos serviços de saúde e o desafio com que se defronta a sua gerência, considerando particularmente três aspectos: a variabilidade da “matéria-prima”, os casos tratados, em termos de patologia, gravidade, características individuais; a variabilidade dos processos assistenciais, tendo em vista especialmente a necessidade de julgamento profissional subjetivo; por fim, a dificuldade de mensurar os resultados, considerando os inúmeros determinantes do processo saúde-doença, e as limitações tecnológicas para lidar com tantos problemas de saúde.

Encerrando esta seção, considero pertinente, a partir da compreensão teórica das organizações de serviços de saúde, apresentar algumas considerações de Dussault (1992:15) sobre gestão de organizações de saúde: “O tipo de gestão que parece mais adequado a essas organizações é mais consensual, colegiado, do que autoritário. É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais, quanto da avaliação de resultados; essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer ordens, mas por responsabilidade. O desafio da gestão das organizações de saúde consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho

multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços”.

As organizações públicas e sua gerência

O debate acerca da natureza da gerência no setor público produziu contrastes entre os que sugerem as mesmas características do setor privado e os que apontam as particularidades do âmbito público e as diferenças em relação à gestão privada. Harrow e Willcocks (1990:282) citam, de maneira crítica, Kinder (1988), que apresenta uma visão universal da gerência: “A gerência é constituída por um conjunto de problemas e métodos para manejá-los que são comuns a qualquer setor ou atividade organizada”. Contrariamente, aqueles autores afirmam que as características e o contexto organizacional dos serviços públicos implicam diferentes comportamentos gerenciais.

Um dos estudos analisados por esses autores sustenta que os gerentes do setor público estão menos sujeitos às forças de mercado do que os gerentes do setor privado, mas sofrem influências externas mais fortes e diversas, além de lidar com objetivos intangíveis e vagos. Na esfera do comportamento gerencial, os gerentes públicos tenderiam a ser mais cautelosos e rígidos que os do setor privado. Outra pesquisa mencionada, enfocando a gerência estratégica, conclui que a gestão de serviços públicos está sujeita a uma indefinição maior no campo de políticas e a maiores restrições em suas ações, tendo em vista a abertura do processo decisório e o contato direto com grupos de interesse que buscam influenciá-la.

Motta (1987), que também diferencia as organizações públicas, destaca que suas estratégias de crescimento não se baseiam na competição, nem são administradas por um sistema de ganhos e perdas no sentido mercadológico. Sua sobrevivência é relativamente garantida externamente. A estratégia de desenvolvimento baseia-se na concretização de objetivos sociais. Quanto ao processo decisório, não é tão racional quanto o da empresa privada, pois não enfrenta as mesmas ameaças nem busca as mesmas oportunidades. Os dirigentes públicos não têm as mesmas condições analíticas nem a mesma autonomia que o setor privado.

Para o autor, além do aumento da demanda de serviços públicos e de saúde, sem o correspondente aumento de recursos, há também a preocupação com eficiência, escassez e desperdícios.

Para Motta (1985), os gerentes enfrentam o desafio de cumprir os objetivos e apresentar os resultados esperados, além de lidar com as limitações de recursos e a falta de autonomia e de controle sobre os recursos existentes. Assim, os gerentes não só têm menos autonomia que no setor privado, como também são obrigados a prestar contas de suas ações publicamente

Com relação aos aspectos intra-organizacionais, cumpre destacar o papel do dirigente público no âmbito dos conflitos internos, encorajando o debate sobre os objetivos e propósitos organizacionais. As discordâncias internas são fenômenos

previsíveis, e cabe aos gerentes lidar com essas tensões (Harrow & Willcocks, 1990).

Além da competência para definir objetivos, estabelecer prioridades e concentrar recursos, bem como da capacidade de liderança e decisão, outros fatores recentemente enfatizados pela teoria administrativa são a capacidade de produção e gerência de idéias novas e a capacidade de condução da organização num ambiente de descontinuidades e crises sucessivas (Motta, 1985).

O papel e o trabalho gerencial

O processo administrativo, como demonstrou Fayol em 1916, foi a primeira e talvez a mais relevante resposta à questão da natureza do trabalho gerencial. Para Fayol, a função administrativa consiste em realizar as etapas de um processo que inclui cinco funções básicas: prever, organizar, coordenar, comandar e controlar (Carroll & Gillen, 1987; Mintzberg, 1973; Payete, 1992).

Posteriormente essa visão foi reforçada por Gulick, que identificou os diversos elementos funcionais do trabalho gerencial: *planning, organizing, directing, coordinating, reporting, budgeting* (Mintzberg, 1973).

A maioria dos textos sobre gerência se baseia nas funções gerenciais introduzidas por Fayol. Essa abordagem é clássica na literatura gerencial e tem grande influência no plano conceitual (Carroll & Gillen, 1987; Payete, 1992).

No tocante aos estudos sobre o trabalho gerencial, a mudança de foco mais marcante ocorreu entre os anos 60 e o início dos anos 70. Passou-se de uma abordagem estática e analítica para uma abordagem mais sintética, apresentando um quadro em movimento do trabalho gerencial (Hales, 1986).

As respostas contemporâneas mais importantes para a questão “o que fazem os gerentes?” originam-se das pesquisas de Henry Mintzberg e Rosemary Stewart. Ambos buscaram evitar uma visão prescritiva, situando-se no outro extremo em relação à escola clássica (Fayol e outros). Optaram por uma pesquisa indutiva, na qual o trabalho do gerente foi sistematicamente estudado.

Mintzberg (1973) se ocupou das seguintes questões: quais são as características particulares do trabalho gerencial? Que tipo de atividade desempenha o gerente? Que papéis básicos podem ser inferidos dos estudos sobre atividades gerenciais? Ele se preocupa não com o que deveriam fazer os gerentes, e sim com o que fazem concretamente durante um dia de trabalho.

Mintzberg (1973) ressalta que, em suas investigações, jamais observou o que se origina da visão tradicional: o gerente se ocupando da reflexão, análise, planejamento, organização e coordenação. Segundo ele, esses componentes fariam parte do folclore acerca do trabalho gerencial, e trabalho do gerente não seria ordenado, contínuo e sequencial, nem uniforme e homogêneo. A seu ver o processo decisório era fluido, fragmentado, variado e de curto prazo, caracterizando portanto o trabalho da gerência como intermitente, mutável e pouco sistemático.

Quanto ao papel do diretor, considera que este faz inúmeros contatos, variados e freqüentes, com inúmeros atores, pesquisa, trata e seleciona grande quantidade de informações proveniente desses contatos, o que lhe permite melhor compreender, julgar e trocar dados para facilitar o trabalho de seus colaboradores.

Mintzberg propôs três papéis principais a serem desempenhados simultaneamente pelos gerentes — interpessoal, informacional e decisório —, envolvendo relações interpessoais, processamento da informação e tomada de decisão. Estes foram subdivididos em 10 papéis secundários.

No âmbito do papel interpessoal, o gerente atua como representante da organização, líder e agente de ligação. Como resultado dos contatos interpessoais na organização e fora dela, o gerente representa o centro do sistema de informações da organização (papel informacional), desempenhando o papel de monitor, difusor e porta-voz. As informações subsidiam os papéis decisórios, que têm por base uma ação empreendedora, de conciliação, de alocação de recursos e de negociação (Mintzberg, 1973; Shortell & Kaluzny, 1988; Aktouf, 1989).

Shortell e Kaluzny (1988), comentando os papéis gerenciais de Mintzberg, destacam, entre outras coisas, que os três principais papéis desempenhados pelos gerentes formam uma *gestalt*, servindo cada um deles de base para o outro. Resaltam também que os gerentes trabalham muito com dados informais, ainda que relatórios de custos, projeções orçamentárias e análises de produtividade sejam relevantes. No entanto, essas tarefas devem ser confiadas a especialistas, liberando assim os gerentes para se ocupar de outros problemas. Por último, enfatizam que os gerentes vinculam, conectam a organização com o ambiente. Os 10 papéis gerenciais sugerem objetivos básicos para o gerente: assegurar uma produção eficiente, seja de bens ou de produtos; desenhar e manter estável a operação da organização; adaptar a organização de forma controlada às mudanças do ambiente externo; garantir que a organização cumpra seus objetivos; servir como elemento-chave de informação, ligando a organização ao ambiente (Mintzberg, 1973).

Quanto ao propósito de manter a estabilidade de operação da organização, Mintzberg comenta que o gerente deve programar as operações da organização e monitorá-las, assegurando o fluxo do processo produtivo; como líder, deve desenvolver e manter uma atmosfera propícia à realização do trabalho. No âmbito da adaptação da organização ao ambiente externo, o gerente se encarrega do sistema de decisões estratégicas. Como monitor, toma conhecimento da realidade ambiental, e como líder e empreendedor, deve definir os rumos da organização e introduzir as mudanças necessárias. Para Mintzberg (1973), manter o equilíbrio entre estabilidade e mudança é a tarefa gerencial mais difícil.

Rosemary Stewart (1976, 1982) apresenta um modelo, fruto de suas investigações, que considera a flexibilidade no trabalho e as variações no comportamento dos gerentes. Ela questiona as conclusões de Mintzberg a respeito das semelhanças do trabalho gerencial. Em seu modelo existem três categorias fundamentais: demandas — aquilo que o gerente deve fazer e que deve constar na

descrição do cargo; restrições — fatores internos ou externos à organização que limitam o que o gerente pode fazer; e escolhas — atividades à escolha do dirigente, que não são obrigatórias. Dessa forma configuram-se possibilidades de realizar diferentes trabalhos, de diferentes maneiras.

As noções de demandas, restrições e escolhas apresentam um potencial de escolha que não pode ser inteiramente efetivado em função das premências de tempo, das incompatibilidades entre certas escolhas e das diferenças individuais. A autora ressalta as diferenças individuais, afirmando que cada indivíduo tem suas próprias demandas, ou seja, aquilo que pensa que deve ser feito, as suas próprias restrições, isto é, preconceitos, falta de habilidade ou de conhecimentos, e sua própria percepção das escolhas. Portanto, para entender o que é semelhante no trabalho gerencial, é preciso compreender a natureza de sua flexibilidade.

Brower e Tomlinson (1964), citados por Hales (1986) em artigo sobre as evidências do trabalho gerencial, argumentam que a aparência errática e não-decisória do trabalho gerencial é coerente com as necessidades do gerente de lidar com a complexidade através de uma rápida acumulação e sistematização de informações e através da delegação de decisões.

Kotter (1982), segundo Hales (1986), sugere a existência de um consenso — na medida em que o trabalho é variável e contingente, em função do nível de gerência, do tipo de organização (idade, estrutura, tamanho, tecnologia, produto) e do ambiente (estável, turbulento) — o qual tem dimensões políticas importantes. Confirma as contribuições de Stewart no tocante às variações existentes na maneira de realizar o trabalho; destaca ainda que o trabalho caracteriza-se pela execução simultânea de atividades interdependentes e pela conciliação de demandas conflitantes.

Completando essa discussão teórica, cabe atentar para o papel do gerente no setor público.

Os estudos sobre a gestão pública e a função do gestor nesse contexto são mais recentes, estando a produção do campo administrativo mais voltada para o setor privado.

Éthier (1992) menciona um estudo de Martinko e Gardner (1987), que analisa a natureza do trabalho gerencial de diretores de escola pública. Os autores mostram que o trabalho gerencial é variado e fragmentado, sendo primordial a comunicação interpessoal. Os papéis de líder, orientador e difusor são os mais importantes. O modelo de Stewart (1976,1982) referente a demandas, restrições e escolhas é particularmente esclarecedor para a administração pública, já que facilita a compreensão do contexto no qual se insere o gerente. Primeiramente o gerente sofre a pressão das demandas de seus superiores, colegas, subordinados e clientes, que são conflitantes e ambíguas. Laframboise (1984), citado por Éthier (1992:182) afirma: “gerenciar no setor público se caracteriza sobretudo pela capacidade de responder à ambigüidade das demandas e de conciliar as exigências conflitantes”.

Em segundo lugar estão as restrições, que são os obstáculos enfrentados pelo gerente. Elas são impostas pela organização e ganham maior importância em organizações públicas com características burocráticas. As restrições podem ter outras origens: grupos de pressão, convenções coletivas, recursos limitados e exigências de mudanças.

Payette (1992), analisando o contexto da gestão pública e suas consequências para o trabalho gerencial, tece inúmeras considerações relevantes.

A atmosfera, o clima, a cultura das organizações públicas não são permeados pelo sentido de eficiência e eficácia. Nessa ótica, Cohen (1988), citado por Payette, preocupado com os aspectos da eficácia gerencial, insiste no papel empreendedor, de produzir mudanças, como condição necessária aos gerentes públicos que estão voltados para a missão organizacional.

No setor público, que geralmente valoriza a prudência e a conformidade, não é possível visar a resultados sem correr riscos. Quanto ao comportamento dos gerentes, para Cohen (1988), “a chave da gerência eficaz é um esforço ativo e agressivo para superar obstáculos”. Para esse autor, os gerentes públicos devem desenvolver uma atitude confiante (*I can do*), a fim de incutir a inovação nas organizações.

3. A gerência hospitalar pública no Rio de Janeiro

Antes de iniciar propriamente a discussão dos resultados da pesquisa, cabe fornecer algumas informações metodológicas sobre o universo, a fonte e a análise de dados.

Considerações metodológicas

O objetivo geral desta investigação, como foi dito na introdução, é caracterizar o perfil e o modo como os diretores dos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro vêem suas organizações e suas práticas gerenciais.

O trabalho visa especificamente três grandes áreas: o perfil profissional desses diretores; sua atual visão da organização hospitalar e de sua gerência; sua percepção do papel exercido pelo diretor.

Quanto à metodologia adotada, utilizou-se como instrumento básico de coleta de dados um questionário, com perguntas abertas e fechadas, aplicado em entrevista. Trata-se de um estudo metodologicamente híbrido, que utiliza os instrumentos de análise de uma sondagem, apresentando ao mesmo tempo aspectos próprios da investigação qualitativa.

Considerando as limitações operacionais da pesquisa e, portanto, a impossibilidade de trabalhar com todo o universo de diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, tornou-se necessário definir critérios para a seleção

de diretores, a qual se baseou em características relativas às unidades hospitalares.

Primeiramente, com relação ao perfil assistencial, estipulou-se que o estudo envolveria apenas as unidades voltadas para o atendimento de casos agudos, ficando excluídos os hospitais para doenças crônicas que apresentam características asilares e são portanto extremamente diferentes dos demais hospitais. À época em que foi realizado o estudo, o SUS não fora ainda implantado no Rio de Janeiro, de modo que foram incluídos hospitais das diversas instituições prestadoras de serviços de saúde — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES), Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e universidades (Ministério da Educação e Estado do Rio de Janeiro) —, tendo em vista abranger as particularidades da história e da cultura institucionais e as especificidades propriamente gerenciais. Também decidiu-se incluir hospitais com perfis assistenciais distintos: tanto hospitais gerais, com ou sem emergência, quanto hospitais especializados.

Outro critério empregado diz respeito à importância relativa da unidade hospitalar na prestação do cuidado hospitalar público, e para isso foram utilizadas informações sobre a capacidade instalada, trabalhando-se com a variável número de leitos. Tomando por base esse critério, foram excluídos do estudo os hospitais com menos de 100 leitos, considerados de pequeno porte.

Segundo a fonte de informações empregada (Secretaria Municipal de Saúde, 1991), são 55 as unidades hospitalares públicas existentes no município do Rio de Janeiro, das quais foram selecionadas 33.

As unidades hospitalares selecionadas estão assim distribuídas, com relação à instituição mantenedora: 10 da SES, seis da SMS, oito do Inamps, seis do MS e três de universidades.

Tendo em vista as duas unidades consideradas como perda por ocasião do trabalho de campo, o universo do estudo passou a ser de 31 hospitais.

As tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição dos hospitais incluídos no estudo, segundo o perfil assistencial e o número de leitos em operação.

O instrumento de coleta de dados, o questionário, incluiu questões abertas e fechadas, ou seja, com opções de resposta.

Quanto ao tratamento dos dados, as informações objetivas foram processadas eletronicamente, calculando-se frequências simples e relativas. A possibilidade de construir subgrupos de análise ou cruzamentos entre variáveis também mostrou-se pouco adequada, dado o número de entrevistados.

As perguntas abertas que redundaram em relatos dos entrevistados tiveram tratamento qualitativo.

O perfil dos diretores

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam uma caracterização geral dos diretores com relação às variáveis sexo, idade, tempo de formado e tempo como funcionário público.

Quanto ao perfil dos entrevistados, vale ressaltar que são todos médicos — corporação mais forte na área de saúde — com tempo de formado e de instituição pública de saúde, o que traduz uma experiência profissional e institucional considerável e consolidada.

A tabela 4 refere-se à formação na área de administração de serviços de saúde. Metade dos entrevistados realizou algum curso de pós-graduação na área, e, surpreendentemente, 1/3 do total dos diretores realizou cursos em nível de especialização em administração hospitalar.

Tabela 1
Distribuição dos entrevistados por faixa etária e sexo

	nº	%
Idade (anos)		
0 - 40	2	6
41 - 50	16	52
51 - 60	11	36
61 ou mais	2	6
Total	31	100
Sexo		
masculino	26	84
feminino	5	16
Total	31	100

Tabela 2
Distribuição dos entrevistados por tempo de formado na graduação

Tempo (anos)	nº	%
0 - 15	1	3
16 - 25	17	55
26 - 40	12	39
41 ou mais	1	3
Total	31	100

Tabela 3
Distribuição dos entrevistados por tempo como
funcionário de serviços públicos de saúde

Tempo (anos)	nº	%
0 - 10	2	7
11 - 20	14	45
21 - 30	6	19
31 ou mais	9	29
Total	31	100

Tabela 4
Distribuição dos entrevistados segundo a realização de cursos de
pós-graduação na área de administração de serviços de saúde

Nível do curso	nº	%
Atualização	6	19
Especialização	10	32
Subtotal	16	51
Sem pós-graduação	15	49
Total	31	100

Experiência gerencial anterior

Sobre a história profissional, cabe salientar que todos os diretores desempenharam anteriormente outras funções gerenciais. A tabela 5 apresenta a frequência das experiências gerenciais anteriores, por tipo. É claro que grande parte das experiências foi cumulativa. Quanto à trajetória profissional e gerencial dos entrevistados, pode-se dizer inicialmente que quase todos (27 dos 31 entrevistados) exerceram funções de chefia de serviço assistencial; parte deles posteriormente ocupou a função máxima na área assistencial em nível local — direção de divisão médica e, posteriormente, a direção geral. Alguns passaram da chefia de serviços para experiências em nível central ou regional, enquanto outros foram diretamente para a direção de unidade. Deve-se destacar, no entanto, que 1/3 dos atuais diretores teve apenas experiências de chefia de serviço antes de assumir o cargo atual. Médicos que prestavam serviços aos pacientes passaram a dirigir serviços médicos, e alguns deles, posteriormente, passaram a dirigir toda a área assistencial — cargo normalmente associado à função de vice-direção — para enfim tornarem-se diretores gerais, responsáveis por todo tipo de atividade realizada pelo hospital.

Tabela 5
Frequência dos tipos de experiência gerencial anterior na
área de saúde entre os 31 entrevistados

Experiência	nº	%
Direção nível local:		
Chefia de serviço	27	87
Direção divisão médica	9	29
Direção de unidade	7	23
Direção nível central	8	26

Cargo atual

A tabela 6 apresenta a distribuição dos diretores segundo o tempo em que ocupam o cargo atual. Metade dos entrevistados desempenha a função há cerca de um ano apenas, o que indica a instabilidade dos diretores.

Buscando analisar melhor a questão da instabilidade dos diretores no cargo, fez-se novo contato com os hospitais, cerca de seis meses após a realização da entrevista. Os dados obtidos indicam a mudança de oito diretores, representando 25% dos diretores entrevistados. Observa-se portanto um grave problema: a falta de continuidade administrativa. Esse não é apenas mais um problema; trata-se de um grande obstáculo ao aprimoramento gerencial.

A rotatividade no nível da direção dos hospitais deve associar-se à própria rotatividade nos níveis hierárquicos superiores. Observa-se, no nível da SES, a troca de três secretários em dois anos e meio de gestão do governador. No nível federal, a troca de ministro da Saúde também foi grande nos últimos anos.

Tabela 6
Distribuição dos diretores segundo o tempo em que ocupam o cargo atual

Tempo (anos)	nº	%
Até 1	16	52
2	4	13
3	6	19
4 ou mais	5	16
Total	31	100

Nota: Utilizou-se o seguinte critério de arredondamento de meses para anos: até a metade do ano, era incluído na unidade anterior, e, quando acima, incluiu-se na unidade seguinte.

A organização hospitalar pública e sua gerência

A análise será feita em dois blocos. O primeiro trata da compreensão da organização hospitalar e seu contexto público, e o segundo, da compreensão da gerência hospitalar propriamente dita.

Caracterização da organização hospitalar

Quanto à compreensão da organização hospitalar, quatro grandes temas foram enfocados: a) o hospital como organização pública, no sentido das restrições envolvidas, especialmente na comparação com entidades privadas; b) as particularidades advindas dos seus objetivos; c) aspectos relacionados ao processo produtivo; d) características gerenciais.

A identificação do hospital como organização inserida na administração pública foi feita por metade dos entrevistados, na maioria dos casos antes de qualquer menção a particularidades do hospital, evidenciando especialmente os problemas e limites daí advindos.

As características que tiveram maior destaque estão ligadas a centralização, morosidade, burocratização das entidades públicas, em oposição ao privado, tido como ágil e com autonomia. Outro aspecto ressaltado relaciona-se à escassez de recursos associada à falta de planejamento, dificultando a gestão financeira. Também foi enfatizada a gestão de recursos humanos, que, no âmbito público, enfrentaria como obstáculo, segundo os diretores, a estabilidade no emprego, aliada a pressões corporativas, e a falta de incentivos à produção, de modo que não funcionam medidas disciplinares ou punitivas. Existem ainda os problemas advindos dos baixos salários, da falta de plano de carreira e, em muitos casos, do despreparo. Já o setor privado é visto como o espaço de liberdade onde se contrata e demite, onde se produz mais, pois existem controle e cobrança.

Outro ponto mencionado foi o apadrinhamento político, as inúmeras interferências existentes e a falta de estabilidade do diretor no cargo. Também foi ressaltada a falta de definição de uma política a seguir, o que determina ações descoordenadas. Por fim, é retratada a crise absoluta vivida por inúmeros hospitais, caracterizada por falta de recursos financeiros, de material médico-cirúrgico, de medicamentos e de recursos humanos, além da redução do número de leitos, e a qual está associada ao contexto da administração pública.

Em síntese, os diretores identificaram claramente os problemas gerados a partir da escassez de recursos, especialmente a escassez aguda, desde aqueles relativos à sobrevivência e à operação cotidianas, até as consequências para a manutenção da missão organizacional. São identificados também os limites da decisão no nível local, decorrentes da falta de autonomia e de interferências políticas.

Há, de modo geral, uma compreensão que está de acordo com a visão teórica sobre as condições e os limites para a ação gerencial no setor público. Embora esteja presente o caráter social da missão dos hospitais públicos, chama a atenção

a predominância de uma visão que valoriza a experiência do setor privado, realçando algumas de suas características, como autonomia e controle.

Quanto à compreensão do hospital propriamente dito, sobressaem as particularidades de seus objetivos, o fato de lidar com vidas humanas e de ser um trabalho cuja natureza básica é a emergência e a baixa tolerância para o erro.

Segundo os entrevistados, a prestação de um serviço que envolve risco de vida implica a responsabilidade de dispor dos recursos necessários para fazer frente à demanda que se apresente. Esse imperativo reforça a necessidade de agilidade e, especialmente no contexto da crise atual, torna-se fonte de angústia para os diretores.

Destacam a multiplicidade de objetivos do hospital: visa não só prestar atendimento, mas também formar recursos humanos e produzir conhecimentos.

No que diz respeito ao processo produtivo do hospital e à estrutura de funcionamento correspondente, os diretores, quando estimulados através de pergunta fechada, dividem-se entre uma visão mais particular do processo produtivo na área de saúde, caracterizado fundamentalmente por sua complexidade, instabilidade, dependência de profissionais e maior flexibilidade, correspondendo ao modelo de Mintzberg referente às organizações profissionais e também aos aportes específicos sobre as organizações de serviços de saúde, e uma visão mais tradicional e mecanicista das organizações, correspondendo à compreensão do processo produtivo como sendo mais estável e padronizado, com uma estrutura formal e rígida. No âmbito de respostas discursivas, o processo produtivo hospitalar foi abordado por cerca de 1/3 dos entrevistados. Houve diversos tipos de respostas, algumas delas elaboradas e com conteúdo técnico relevante, enfatizando a multiplicidade de funções existentes e identificando as áreas de suporte e as atividades finais.

Embora pontualmente se encontrem elementos teoricamente adequados à compreensão da organização hospitalar, não predomina uma compreensão mais articulada de sua complexidade enquanto organização e processo produtivo, bem como de sua dependência de profissionais e das conseqüências daí oriundas, características do modelo de organizações profissionais de Mintzberg. Os entrevistados identificam dificuldades de controle da organização e corporativismo; por outro lado, em alguns casos destacam o desafio de integração que se apresenta, mas não associam essas questões à natureza da organização que dirigem, extremamente profissionalizada, onde o poder é compartilhado com os profissionais.

Aspectos gerenciais

Com relação aos elementos propriamente gerenciais, foram mencionados livremente por cerca de metade dos diretores, identificando-se duas concepções. A primeira, predominante, enfatiza a semelhança com as demais empresas, em termos de princípios gerenciais, refletindo uma visão mais tradicional e universalista da gestão. A segunda destaca aspectos particulares da gestão em saúde.

Quase 1/3 dos entrevistados considera a gestão hospitalar semelhante à de outras empresas. Embora identifiquem particularidades do hospital enquanto organização, como referido anteriormente, entendem que a gerência ocorre nos mesmos moldes que em qualquer outra empresa.

Já outros entrevistados destacam aspectos específicos da gerência de serviços de saúde, como a necessidade de agilidade, descentralização e participação, ou a ênfase na área de recursos humanos, o que está de acordo com a visão de Mintzberg (1989) e de Dussault (1992).

Os entrevistados manifestaram-se também a respeito de alguns temas contemporâneos do campo gerencial, como inovação e gestão voltada para resultados.

Quanto à capacidade de inovação num cenário de escassez de recursos e problemas de financiamento, a maioria dos diretores aponta obstáculos e dificuldades para inovar nesse contexto. Sua posição reflete em parte a grande escassez de recursos existente em muitos hospitais públicos do Rio de Janeiro, o que para Motta (1985) pode conduzir a um quadro de incapacidade de ação e reação.

Quanto à concepção de gerência voltada para objetivos, para atividades-fim, ou seja, objetivos de saúde em oposição à tradicional administração voltada para meios, os diretores se dividiram, pois, embora “o alcance dos objetivos de saúde deva ser a primeira preocupação do dirigente”, há discordância em relação a resultados e meios. As ponderações dos diretores são no sentido de valorizar as atividades relacionadas aos meios, o que pode estar também associado ao contexto no qual a obtenção e a alocação de recursos são tarefas fundamentais.

O último ponto a ser analisado nesta seção relaciona-se com as alternativas gerenciais priorizadas para o alcance de melhores resultados pelos hospitais públicos. Como prioridade máxima destacam-se duas alternativas: a necessidade de maior autonomia para os hospitais e a necessidade de investimentos para a modernização, no sentido de dispor de sistemas de informações e custos. A segunda prioridade é o incentivo à participação, à inovação e à criatividade. Essas opções foram realçadas em detrimento de outras: incorporação de princípios de gestão de empresas privadas; controle rígido de recursos humanos, materiais e financeiros; mecanismo de financiamento e descentralização de atividades administrativas para os departamentos ou serviços do hospital.

É, pois, enfatizada a necessidade de trazer para o nível da unidade de prestação de serviços a gerência num sentido pleno, ou seja, responsável pelos resultados mas também pelos meios e processos para atingi-los, estando assim relacionada ao “poder decidir”. A questão da autonomia é uma das que foram ventiladas nos debates que vêm ocorrendo no setor saúde sobre aspectos gerenciais. É reconhecida a necessidade de transferir poder decisório não só do nível federal para o estadual e municipal, mas também para as unidades que prestam assistência, conferindo-lhes maior agilidade administrativa. Portanto, a visão dos diretores encontra-se em sintonia com as propostas que vêm sendo formuladas.

Por outro lado, há a necessidade de dispor de instrumentos gerenciais que facilitem o processo de avaliação local. Destacam-se ainda variáveis informais relativas à cooperação e à busca de inovação. Das três alternativas ressaltadas pelos entrevistados, a terceira merece comentário especial, dada a sua pertinência em se tratando de organizações profissionais, sendo fundamental a busca de cooperação através de processo formal/informal. Por outro lado, a busca de estímulo à criatividade e à participação não só está de acordo com as necessidades organizacionais em um cenário de crises sucessivas e descontinuidades ambientais que reclama mudanças, como também faz parte da perspectiva gerencial contemporânea (Motta, 1991).

Papel do diretor: objetivos, funções e atividades gerenciais

Primeiramente examinaremos o papel do diretor, a partir dos objetivos do cargo e das funções internas e externas ao hospital, tal como relatados pelos entrevistados. Buscando uma aproximação maior com o trabalho gerencial, veremos em seguida as atividades desempenhadas pelos diretores. Por último, trataremos dos principais problemas identificados pelos entrevistados como obstáculos à gerência.

Objetivos e funções gerenciais

Quanto ao papel que vem sendo desempenhado pelos diretores de hospital, inicialmente foram identificados três tipos de conteúdos nas respostas: relativos aos objetivos, às funções internas ao hospital e às funções externas exercidas pelos diretores.

Com relação aos objetivos do cargo de diretor, destacaram-se respostas no sentido de melhoria do funcionamento do hospital, especialmente a assistência ao paciente, bem como da própria sobrevivência do hospital, associada à necessidade de viabilizá-lo econômica ou politicamente. Há uma preocupação com a manutenção do fluxo do trabalho e com a adaptação ao ambiente. Ressalte-se que não há menção explícita, entre as funções do dirigente, ao alcance de objetivos do hospital.

Com respeito às funções gerenciais internas, destacam-se coordenação, controle e avaliação, liderança, planejamento e solução de problemas.

É interessante notar as funções interpessoais, e sobretudo de comunicação, destacadas: liderança, coordenação e solução de problemas, todas concordantes com a visão de Mintzberg (1973,1989), que considera a função de comunicação primordial entre os papéis desempenhados pelos dirigentes.

No tocante ao papel de coordenação, por vezes está associado à idéia de integração, tanto das diversas áreas quanto dos funcionários. No âmbito do processo de avaliação e controle, há várias ênfases: na questão mais geral do acompa-

nhamento das atividades, no aspecto do controle *stricto sensu* e no papel técnico no campo da avaliação do impacto das condutas terapêuticas.

Quanto ao papel de liderança, encontra-se associado por vezes a integração, articulação política e riscos, opondo-se ao simples exercício da autoridade do cargo.

A função de planejamento aparece especialmente relacionada à definição do perfil assistencial da unidade no sistema de saúde e também ao alcance dos objetivos e ainda a aspectos de programação física e financeira.

Demonstram uma outra visão as respostas que enfatizam o papel do diretor como aquele que resolve todo tipo de problemas cotidianos, restringido as funções de planejamento e destacando os aspectos operacionais.

Houve menor ênfase quanto ao papel gerencial no âmbito externo ao hospital; as respostas referem-se a contatos variados — nível hierárquico superior, comunidade, outras instituições, mídia e especificamente o relacionamento do hospital com o sistema de saúde, desempenhando o diretor papel tanto técnico quanto de articulação política. Ainda com relação ao contexto externo, há uma ênfase especial na função de buscar recursos para o funcionamento do hospital. O menor destaque dado ao papel do dirigente no ambiente externo provavelmente se associa às restrições de autonomia e poder que predominam nas instituições públicas de saúde.

Relacionada às funções internas e externas está a “administração dos papéis”, ou seja, o trabalho burocrático, sendo ressaltado o contexto de falta de autonomia da direção dos hospitais.

Ainda no que se refere às funções gerenciais, estas foram hierarquizadas a partir de respostas à questão fechada. Os resultados foram os seguintes, nesta ordem: maior relevância para a liderança, para o planejamento e controle, para a alocação de recursos e para a monitoria das realidades interna e externa. Destacam-se portanto a dimensão do papel interpessoal (liderança), seguida por fatores mais técnicos vinculados à tomada de decisões (planejamento, controle e alocação de recursos) e pelo papel relativo a informações (acompanhamento das realidades interna e externa).

Comparando os resultados relativos às funções gerenciais de forma global, encontram-se lado a lado ênfases distintas: por um lado, estão os papéis interpessoais e/ou operacionais, como coordenação, liderança, solução de problemas, administração de papéis, contatos, busca de recursos, e, por outro, os aspectos mais técnicos, formais ou não, na esfera de planejamento e acompanhamento, controle e alocação de recursos.

Trabalho gerencial: atividades desenvolvidas

Fechando um pouco o foco da análise, apresentaremos as principais atividades desenvolvidas, segundo os próprios diretores.

O tipo de resposta mais freqüente relaciona-se às atividades para resolver problemas do hospital, que em sua maioria geram ações internas e externas. Alguns entrevistados dão como explicação para o grande peso dessas atividades a história de centralização, outros, a escassez de recursos, enquanto outros falam na dificuldade dos chefes de serviço para assumir o papel gerencial.

Outra atribuição muito enfatizada relaciona-se ao âmbito externo: a busca de recursos em outros níveis hierárquicos é apontada como atividade fundamental que ocupa muito tempo.

Teve também destaque o trabalho de avaliação e acompanhamento das atividades realizadas no hospital, conformando quase uma perspectiva gerencial desses entrevistados.

Apenas um diretor referiu-se a atividades com a comunidade. O mesmo ocorre com relação a atividades de planejamento, que, associadas ao alcance dos objetivos, aparecem no contexto das decisões sobre como investir os recursos.

Com relação ao conjunto de atividades citadas pelos entrevistados, ganham relevo as interpessoais/operacionais, especialmente as de solucionar problemas e buscar recursos e também contatos diversos com subordinados e gerentes intermediários, representando 75% das atividades mencionadas, enquanto os outros 25% referem-se a avaliação, acompanhamento, gestão financeira e planejamento (citado por apenas um entrevistado).

Ainda no tocante às atribuições citadas, o exercício de atividades médicas foi mencionado espontaneamente por 1/5 dos entrevistados. Por exemplo, cirurgias e atendimento em ambulatório. Essa função, embora compreendida como algo que não faz parte da função do diretor, é considerada importante por dois motivos: está ligada à atividade profissional, pois eles se vêem antes de tudo como médicos, e também auxilia no acompanhamento do funcionamento do hospital. Outro argumento relaciona-se à falta de pessoal. Em um dos hospitais, o único cirurgião vascular era o diretor. Alguns desses diretores dedicam cerca de 30% do tempo de trabalho profissional a essa atividade.

Em síntese, ganham destaque como “atividade principal” a busca de condições de funcionamento do hospital, vinculada a atividades externas, a avaliação de desempenho, os aspectos das inter-relações, como liderança, motivação e coordenação, e também as atividades no âmbito interno ao hospital.

Problemas identificados

No contexto da prática gerencial, os entrevistados identificaram fatores que dificultam ou impedem o desempenho gerencial e de certo modo determinam essa prática.

A maioria dos fatores negativos relaciona-se ao ambiente externo. Destacam-se a irregularidade/escassez dos recursos financeiros (citada por metade dos entrevistados), a centralização/falta de autonomia dos hospitais, as interferências

políticas, a falta de definição de uma política de saúde, o corporativismo e a escassez de recursos humanos e insumos.

O elemento mais presente, como se viu, foi a irregularidade no fluxo dos recursos financeiros, associada à própria escassez de recursos, o que gera dificuldades para os diretores.

4. Conclusões

Cumprir fazer alguns comentários finais. No tocante à compreensão do hospital e sua gerência, tal como constatada na pesquisa, o contexto de crise vivido pelo setor público da saúde — de escassez aguda de recursos e de excessiva centralização — está sempre presente no relato de grande parte dos entrevistados. Predomina a chamada administração do cotidiano ou administração por rotina e crise (Motta, 1990). Tal cenário certamente dificulta a solução de outros problemas relevantes, a fim de que os hospitais alcancem melhores resultados.

Na literatura sobre gerência de serviços de saúde, entre os problemas identificados destaca-se a ausência de objetivos claramente definidos para orientar a ação gerencial. Consequentemente as organizações tenderiam a seguir orientações pontuais, sem dispor de um referencial de longo prazo (Malik & Vecina, 1990). Na falta de definições sobre objetivos e prioridades, a organização passaria a considerar como missão principal a própria sobrevivência. No cenário de crise e escassez, como já referido, a luta pela sobrevivência ganha peso, impedindo que as organizações hospitalares se concentrem em obter resultados, buscando mais eficiência e efetividade nas ações.

No que diz respeito particularmente ao papel do diretor e às atividades realizadas, cabe tecer algumas considerações.

Uma análise geral dos resultados indica a importância do papel do dirigente no âmbito interpessoal de comunicação — liderança, coordenação —, o que está de acordo com a visão de Mintzberg (1973, 1989). Há também que notar, tendo ainda como referência os aportes de Mintzberg sobre os papéis gerenciais, que não se faz presente o aspecto empreendedor da função do dirigente como agente de mudanças, como aquele que define projetos, identifica oportunidades. Ganha destaque a questão da sobrevivência, associada à necessidade de manter o fluxo de trabalho.

Os entrevistados realçam as funções de coordenação e liderança e, por outro lado, funções técnicas como planejamento e avaliação. Mas no que diz respeito às atividades realizadas, a ênfase recai nas atividades operacionais, particularmente na esfera da solução de problemas.

Existem algumas alternativas para a interpretação desses resultados. Cabe ressaltar inicialmente o viés metodológico dessa pesquisa, que enfoca a gerência através da percepção dos entrevistados.

Primeiramente, haveria talvez uma visão mais idealizada ou mesmo desejada da gerência e da prática dos dirigentes, segundo a qual instrumentos e técnicas

analíticas como o planejamento seriam elementos fundamentais, em contraste com as características da realidade vivenciada, que é caótica, marcada por aspectos informais e antes de tudo voltada para a solução de problemas cotidianos.

As respostas idealizadas seriam fruto do contexto de entrevista, da busca de uma resposta “correta” do ponto de vista do conhecimento. Vale observar que metade dos entrevistados realizou algum curso na área de administração, sendo predominante a compreensão do processo gerencial através das funções gerenciais clássicas que englobam planejamento, coordenação, controle, direção e organização.

Buscando, por outro lado, uma explicação de cunho mais teórico, Kotter (apud Hales, 1986) afirma que a utilização do tempo dos gerentes de forma mais reativa e informal é eficiente. Segundo ele, a falta de planejamento é mais aparente do que real, pois os gerentes estariam de maneira implícita planejando continuamente, buscando soluções para os problemas das organizações. Mintzberg (1973) também define a atividade de planejamento como implícita, informal e flexível. Afirma que ela não é formal, criticando portanto a natureza do processo de planejamento. Carroll e Taylor (1968, apud Carroll & Gillen, 1987) dizem que o trabalho gerencial é mental e que o fato de os gerentes fazerem contatos breves com inúmeras pessoas não significa que eles não planejem ou controlem. Os resultados obtidos na pesquisa seriam portanto coerentes com essa visão, destacando ao mesmo tempo a relevância da função de planejamento e controle e as atividades interpessoais e operacionais.

Por outro lado, Carroll e Gillen (1987), retomando a abordagem do processo administrativo, apresentam resultados de alguns estudos empíricos — não citados por Mintzberg — que mostram que os gerentes gastam parte do seu tempo desempenhando as chamadas funções clássicas. As conclusões de Williams (1956) e Hemphill (1959), citadas por tais autores, podem ser proveitosas para a compreensão dos resultados desta pesquisa. Suas observações mostram que os gerentes de todos os níveis participam em atividades de planejamento, coordenação, controle e solução de problemas.

Segundo Payette (1992), as pesquisas de Luthans, Hodgetts e Rosenkrantz (1963) e de Wren (1987) mostram que as funções gerenciais tradicionais — planejamento, organização, controle e decisão — representam 32% de todas as atividades, e as funções de comunicação, 29%. As funções de gestão de recursos humanos representam 20% das atividades, e as de relação e contatos pessoais, 19%.

Segundo Whitley (1989), o fato de certos estudos concluírem que os gerentes não gastam muito tempo planejando, coordenando ou controlando as atividades de outros não significa que as formulações tradicionais sobre o papel gerencial sejam totalmente incorretas. Ele diz que o estudo das atividades gerenciais precisa ser mais bem esclarecido quanto aos seus propósitos teóricos e conceitos básicos.

Como este trabalho sugere nas entrelinhas, conclui-se que a interação de teoria e pesquisa é essencial não só para compreender melhor a gerência hospitalar, suas peculiaridades e idiossincrasias, mas também para propiciar novos desafios à elaboração teórica.

Referências bibliográficas

Ackoyd, S.; Hughes, J. A. & Soothill, K. Public sector and management. *Journal of Management Studies*, 26:603-19, 1989.

Aktouf, O. *Le management entre tradition et renouvellement*. Boucherville, Gaetan Morin, 1989.

Austin, C. What is health administration? *Hospital Administration*, 19:14-29, 1974.

Betson, C. & Pedroja, A. T. Physician managers: a description of their jobs in hospitals. *Hospital and Health Services Administration*, 34:353-69, 1989.

Braga Neto, Francisco C. *Examinando alternativas para a administração de hospitais: os modelos de gestão descentralizados e por linhas de produção*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991. (Tese de mestrado.)

Burgess, P. M. Capacity building and the elements of public management. *Public Administration Review*, 35:707-16, 1975.

Campos, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, 24:30-50, 1990.

Carroll, S. J. & Gillen D. J. Are classical management functions useful in describing managerial work? *Academy of Management Review*, 12:38-51, 1987.

Cohen, S. *The effective manager, achieving success in government*. San Francisco, Jossey-Bass, 1988.

Cremadez, M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Gestion Hospitalière*, 266:286-306, 1987.

Dominguez Ugá, M. A. *Sistemas de repasses financeiros a hospitais*. Rio de Janeiro, Instituto de Economia Industrial, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992. (Tese de mestrado.)

Dussault, G. Le rôle des gestionnaires des services de santé. *Journal de l'Association des Hôpitaux du Québec*, dec. 1989.

———. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26:8-19, 1992.

Éthier, G. Que font les gestionnaires publics? In: Parenteau, Roland (coord.). *Management public: comprendre et gérer les institutions de l'État*. Montreal, Presses de l'Université du Québec, 1992. p. 175-95.

Hales, C. P. What do managers do? A critical review of the evidence. *Journal of Management Studies*, 23:88-115, 1986.

Harrow, J. & Willcoks, L. Public services management: activities, initiatives and limits to learning. *Journal of Management Studies*, 27:281-304, 1990.

- Junqueira, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 6:243-46, 1990.
- Kinder, C. 1988. Editorial. *International Journal of Public Sector Management*, 1:3, 1988.
- Kindig, D. A. & Lastiri, S. The changing managerial role of physician executives. *The Journal of Health Administration Education*, 7:33-46, 1989.
- Kleiner, S. G. The role of hospital administrators in multihospital systems. *Hospital and Health Services Administration*, Mar./Apr. 1985. p. 26-45.
- Kliksberg, B. A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*, 22:59-85, 1988.
- Kovner, A. R. & Neuhauser, D. *Health services management*. 3 ed. Michigan, Health Administration Press, 1987.
- Laframboise, H. L. The responsibilities of a senior public servant: organization, profession and career. *Administration Publique du Canada*, 27:592-600, 1984.
- Lau, A. W.; Newman, A. R. & Broedling, L. A. The nature of managerial work in public sector. *Public Administrations Review*. Sept./Oct. 1980. p. 513-20.
- Leebov, W. & Scott, G. *Health care managers in transition: shifting roles and changing organizations*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990.
- Malik, A. M. Processo decisório em instituições de saúde: estudo de algumas variáveis em hospitais complexos no município de São Paulo. São Paulo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1987. (Tese de mestrado.)
- & Vecina Neto, G. Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/São Paulo, Fundação de Desenvolvimento Administrativo, 1990. mimeog. (Documento apresentado no seminário Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial.)
- Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec/Rio de Janeiro, Abrasco, 1992.
- Mintzberg, H. *The nature of managerial work*. New York, Harper & Row, 1973.
- . *Structure et dynamique des organizations*. Paris, Les Éditions d'organization, 1982.
- . *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York, Free Press, 1989.
- Motta, P. R. *Capacitación y desarrollo gerencial para el sector salud*. Rio de Janeiro, 1985. mimeog. (Documento apresentado na reunião Nuevos Enfoques en la Enseñanza de la Administración de Salud.)
- . Planejamento estratégico em organizações sem fins lucrativos: considerações sobre dificuldades gerenciais. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1987. mimeog.
- . *Gestão governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise*. São Paulo, Fundap, 1989. (Síntese de palestra realizada na Fundação de Desenvolvimento Administrativo.)
- . *Alguns desafios administrativos na gestão pública da saúde*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; São Paulo: Fundação de Desenvolvimento Admi-

nistrativo. mimeog. (Documento apresentado no seminário Novas Concepções em Administração e Desafios do SUS: em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial.)

———. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, Record, 1991.

Payette, A. Les competences des managers publics. In: Parenteau, Roland (coord.). *Management public: comprendre et gérer les institutions de l'État*. Montreal, Presses de L'Université du Québec, 1992. p. 197-217.

Pool, J. Hospital management: integrating the dual hierarchy? *International Journal of Health Planning and Management*, 6:193-207, 1991.

Prestes Motta, F. C. *Teoria das organizações: evolução e crítica*. São Paulo, Pioneira, 1986.

———. *Teoria geral da administração*. 15 ed. São Paulo, Pioneira, 1989.

Ruiz, E. A. C. *Cultura institucional e a viabilização do SUS: o papel dos gerentes de hospital*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992. (Tese de doutorado.)

Scott, R. W. Managing professional work: three models of control for health organizations. *Health Services Research*, 17:213-40, 1992

Secretaria Municipal de Saúde. *Bases para a organização da rede pública de saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1991.

Sheldon, A. *Organizational issues in health care management*. New York, Spectrum, 1975.

Shortell, S. M. & Kaluzny, A. D. *Health care management: a text on organization theory and behavior*. 2 ed. New York, Delmar, 1988

Siqueira, M. M. Eficácia da administração pública: imposição democrática. *Revista de Administração de Empresas*, 30:65-72, 1990.

Souza Campos, G. W. A gerência enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Único de Saúde. In: Souza Campos, G. W.; Capistrano Filho, D. & Bonfim, J. R. A. (orgs.). *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991. p.107-27.

Stewart, R. To understand the manager's job: consider demands, constraints, choices. *Organizational Dynamics*. Spring, 1976. p. 22-32.

———. A model for understanding managerial jobs and behavior. *Academy of Management Review*, 7:7-13, 1982.

Tobar, F. *A questão da autonomia nos serviços públicos de saúde*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993. mimeog.

Whitley, R. On the nature of managerial tasks and skills: their distinguishing characteristics and organization. *Journal of Management Studies*, 26:209-24, 1989.

Willmott, H. Studying managerial work: a critique and a proposal. *Journal of Management Studies* 24:249-69, 1987.