

**Universidade Federal de Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva**

**A gestão de uma condição crônica de saúde no  
Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo  
de caso**

**Ana Conceição Calhao**

**Dissertação apresentada no Programa de Pós-  
graduação em Saúde Coletiva para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**Área de Concentração: Saúde e Sociedade**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Wildce da Graça Araújo  
Costa**

**Cuiabá  
2008**

# **A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo de caso**

**Ana Conceição Calhao**

**Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**Área de Concentração: Saúde e Sociedade**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Wildce da Graça Araújo Costa**

**Cuiabá  
2008**

## FICHA CATALOGRÁFICA

C152g Calhao, Ana Conceição

A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo de caso / Ana Conceição Calhao. – 2008.

185p. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde e Sociedade, 2008.

“Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wildce da Graça Araújo Costa”.

CDU – 614(817.2)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente  
Söhn – CRB-1/931

### Índice para Catálogo Sistemático

1. Políticas de saúde
2. Saúde Coletiva – Política e gestão
3. Gestão de saúde – Cuiabá (MT)
4. Sistema de saúde – Política – Cuiabá (MT)
5. Serviços de saúde – Cuiabá (MT)
6. Hipertensão arterial – Condição crônica
7. SUS
8. Secretaria Municipal de Saúde – Cuiabá

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

*Para  
Matheus, com muito amor.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela inspiração diária na construção deste trabalho.

À meus pais, Ernani (in memorian) e Alice que me ensinaram a enfrentar os desafios da vida e amalgamaram o meu caráter. Dona Alicinha, minha mãe, grata pela dedicação e desculpas pela minha ausência neste período.

À Wildce, professora orientadora, meu respeito e admiração. Enlevo sua inteligência e competência. Foi valorosa a sua contribuição perspicaz e firme durante o estudo. Grata pelo incentivo, apoio, aprendizado e convivência nesta caminhada.

Ao professor Scatena, ressalto a prontidão e dedicação com que ancora os alunos.

Ao professor Cipriano Vasconcelos, enalteço seu olhar implicado, que brilhantemente contribuiu para o aprofundamento desta obra e para o meu aperfeiçoamento intelectual, durante a defesa.

A todos os professores do ISC meu apreço pelo conhecimento e experiência partilhados.

Aos trabalhadores da secretaria do ISC, Ailton, Fernanda e Jurema grata pelo carinho e presteza diária.

Aos meus colegas de mestrado, Babi, Mirela, Vera, Valdelírio, agradeço o aprendizado compartilhado e tempo que passamos juntos.

Deixo a todos os colegas de jornada três palavras chaves para a realização oportuna de um trabalho acadêmico: perseverança, superação e humildade.

Aos trabalhadores do SUS, minha deferência. Agradeço particularmente aqueles que participaram da pesquisa. Este estudo é fruto do labor de cada um de vocês.

*Feliz, aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.*

*(Cora Coralina)*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, a gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde está voltada mais para as condições agudas do que para os agravos crônicos, não respondendo adequadamente a necessidade da população, dada pelo envelhecimento crescente e melhoria das condições de vida. As observações assinaladas neste estudo permitem discutir aspectos conceituais da política, gestão, tomada de decisão, sistema de saúde e condição crônica, situando em que cenário se inserem tais políticas e os modos de gestão utilizados na atenção de um problema crônico de saúde. **OBJETIVO:** Analisar a gestão de uma condição crônica de saúde (hipertensão arterial) no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da tomada de decisão. **MÉTODO:** É uma pesquisa qualitativa, com desenho de estudo de caso, que utilizou a análise de conteúdo, do tipo categorial e a observação participante como técnicas de análise. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semi estruturada e por análise documental. **RESULTADOS:** A capacidade gerencial dos entrevistados não responde as características e exigências de uma organização pública de saúde. O modelo dominante de tomada de decisão é organizacional. Nele a decisão é sempre a mais satisfatória ao decisor, que opta por decisões aceitas a priori, já experimentadas, dificultando a inovação. Embora o modelo de tomada de decisão seja organizacional, o processo decisório se revela pouco sistemático e distante de padrões de racionalidade. Ocorre de modo fluido, descontínuo, não havendo uma conexão entre os estratos de gestão. A informação de senso comum é mais usual e a hipertensão arterial emerge como um problema de saúde pouco valorizado. Como a comunicação da decisão prevaiente é formal, ela não flui, estrangula entre os estratos. O controle da decisão é normativo e a participação se dá por meio da asserção e de outras táticas políticas importantes. O desenho organizacional abarca duas burocracias: de cima para baixo, uma burocracia mecanizada, com controles rígidos e centralidade de decisões. De baixo para cima emerge uma burocracia profissional resistente ao controle, com forte apelo à autonomia profissional dada pela alta especialização e padronização de habilidades. **CONCLUSÃO:** O sistema de saúde municipal privilegia as condições agudas ao tempo que enfatiza a gestão dos meios (materiais, recursos humanos e financeiros). Porém, quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção focado às condições agudas não funciona. O sucesso na reorientação do sistema implica em conceber um modelo de gestão que abarque, além das condições agudas, às condições crônicas. A gestão da clínica emerge como tecnologia alternativa com potência para responder às condições crônicas. Assim, uma gestão que motive o conjunto de trabalhadores a novas práticas parece ser uma boa trilha. Para isso, os gestores de Sistemas de Serviços de Saúde sintonizados com o futuro precisam desenvolver capacidades e habilidades gerenciais que possibilite imprimir nova direcionalidade aos sistemas que gerem.

Palavras - chave: sistemas de saúde, gestão, tomada de decisão, condição crônica de saúde.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In Brazil, the management of the Systems of Services of Health is come back more toward the acute conditions of what for the chronic agravos, adequately not answering the necessity of the population, given for the increasing aging and improvement of the life conditions. The comments designated in this study allow to argue conceptual aspects of the politics, management, taken by decision, system of health and chronic condition, pointing out where scene if politics insert such and the used ways of management in the attention of a chronic problem of health. **OBJECTIVE:** To analyze the management of a chronic condition of health (arterial hipertensão) in the System of Services of Health of Cuiabá, in the perspective of the decision taking. **METHOD:** It is a qualitative research, with drawing of case study, that used the analysis of content, the categorial type and the participant comment as analysis techniques. The collection of data was made by means of structuralized half interview and by documentary analysis. **RESULTS:** The managemental capacity of the interviewed ones does not answer the characteristics and requirements of a public organization of health. The dominant model of decision taking is organizacional. In it the decision is always most satisfactory to the decisor, that it opts to accepted decisions a priori, already tried, making it difficult the innovation. Although the model of decision taking is organizacional, the power to decide process if discloses little systematic and distant of rationality standards. It occurs in fluid, discontinuous way, having a connection does not enter management stratus. The information of common sense is more usual and the arterial hipertensão emerges as a problem of health little valued. As the communication of the decision prevalecente is formal, it does not flow, strangles between stratus. The control of the decision is normative and the participation if of the one by means of the assertion and other tactics important politics. The organizacional drawing accumulates of stocks two burocracias: from top to bottom, a mechanized bureaucracy, with rigid controls and centralidade of decisions. Of low for top a resistant professional bureaucracy to the control emerges, with fort I appeal to the professional autonomy given by the high specialization and standardization of abilities. **CONCLUSION:** The system of municipal health privileges the acute conditions to the time that emphasizes the management of the ways (material, human resources and financial). However, when the health problems are chronic, the focado model of attention to the acute conditions does not function. The success in the reorientation of the system implies in conceiving a model of management that accumulates of stocks, beyond the acute conditions, to the chronic conditions. The management of the clinic emerges as alternative technology with power to answer to the chronic conditions. Thus, a management that motivates the set of workers new the practical ones seems to be a good track. For this, the managers of Systems of syntonized Services of Health with the future need to develop managemental capacities and abilities that he makes possible to print new direcionalidade to the systems that generate.

**Words - key:** systems of health, management, taking of decision, chronic condition of health.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2. POLÍTICA E GESTÃO</b>	<b>13</b>
<b>2.1. MODELOS E PROCESSO DE DECISÃO</b>	<b>16</b>
<b>2.1.1. PRINCIPAIS MODELOS DE DECISÃO</b>	<b>16</b>
<b>2.1.1.1. MODELO RACIONAL</b>	<b>16</b>
<b>2.1.1.2. MODELO ORGANIZACIONAL</b>	<b>19</b>
<b>2.1.1.3. MODELO POLÍTICO</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1.4. MODELO INTUITIVO</b>	<b>22</b>
<b>2.1.2. O PROCESSO DECISÓRIO</b>	<b>25</b>
<b>2.2. POLÍTICA E GESTÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE</b>	<b>44</b>
<b>2.2.1. OS SISTEMAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO A UMA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE</b>	<b>56</b>
<b>2.2.2. A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA CONDIÇÃO CRÔNICA IMPORTANTE</b>	<b>68</b>
<b>2.2.3. O ESPAÇO DECISÓRIO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE</b>	<b>76</b>
<b>2.2.4. PARTICULARIDADES E EXIGÊNCIAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE</b>	<b>79</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>90</b>
<b>3.1. OBJETIVO GERAL</b>	<b>90</b>
<b>3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>90</b>
<b>4. O PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>91</b>
<b>4.1. OBJETO DO ESTUDO</b>	<b>91</b>
<b>4.2. TIPOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>91</b>
<b>4.3. LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>92</b>
<b>4.4. COLETA DE DADOS</b>	<b>93</b>
<b>4.5. A CONSTRUÇÃO DOS DADOS</b>	<b>95</b>
<b>4.6. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>96</b>
<b>4.7. DEFINIÇÃO DE CATEGORIAS</b>	<b>100</b>
<b>4.8. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>102</b>
<b>4.9. LIMITES DO ESTUDO</b>	<b>102</b>
<b>5. O GESTOR E AÇÃO GERENCIAL NOS ESPAÇOS DE DECISÃO</b>	<b>103</b>
<b>5.1. CAPACIDADE DE GESTÃO</b>	<b>103</b>
<b>5.2. DESENHO E MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO DA SMS DE CUIABÁ</b>	<b>109</b>
<b>5.3. A AÇÃO GERENCIAL NA MACROGESTÃO</b>	<b>115</b>
<b>5.4. A AÇÃO GERENCIAL NA MESOGESTÃO</b>	<b>130</b>
<b>5.5. A AÇÃO GERENCIAL NA MICROGESTÃO</b>	<b>140</b>
<b>5.5.1. A AÇÃO GERENCIAL NA MICROGESTÃO: ESTRUTURA BÁSICA DE TOMADA DE DECISÃO</b>	<b>141</b>
<b>5.5.2. A AÇÃO GERENCIAL NA MICROGESTÃO: TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA</b>	<b>160</b>
<b>5.6. A GESTÃO DE UMA CONDIÇÃO CRÔNICA NO SSS DE CUIABÁ: ALGUMAS REFLEXÕES</b>	<b>165</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>172</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE 2 – MODELOS DE TERMO DE COMPROMISSO</b>	<b>183</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>183</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde está voltada muito mais para as condições agudas do que para os agravos crônicos, não respondendo adequadamente à necessidade eminente da população, dada pelo envelhecimento crescente e melhoria das condições de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona, suscitando o desenvolvimento de cuidados inovadores às condições crônicas.

A presente pesquisa tem por objeto a gestão de uma condição crônica de saúde (hipertensão arterial), no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da tomada de decisão.

A gestão consiste num processo contínuo de tomada decisão baseado na definição e análise de problemas, na alocação dos recursos para sua superação e controle dos mesmos, fazendo com que as decisões se concretizem em ações efetivas (OMS, 2003). Nesse sentido, a gestão pode assumir formas diversas, dependendo de como se tomam as decisões e de quem as toma.

Assim, o problema em relevo é estudar como ocorre a tomada de decisão em relação a uma condição crônica nos espaços macro, meso e da micro gestão de um sistema municipal de saúde.

É uma pesquisa com desenho do tipo estudo de caso, que busca investigar a tomada de decisão para a hipertensão arterial, nos três níveis da gestão do sistema municipal de saúde de Cuiabá: macro gestão (gestão política), meso gestão (gestão institucional) e micro gestão (gestão clínica), segundo classificação combinada de RUBIO (1999), OMS (2003) e MINTZBERG (2006), entendendo que esta configuração oferece subsídios que melhor definem o lócus de gestão de uma organização de saúde e coaduna com a abordagem de interesse neste estudo.

As condições crônicas, como a hipertensão arterial, abarcam os problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento, demandando um novo modelo de sistema de saúde com uma estrutura de cuidados que compreende elementos fundamentais no plano de interação do paciente e

comunidade (nível micro), dos profissionais do serviço (nível meso) e da política (nível macro).

Nesta pesquisa entrelaçar a gestão com uma condição crônica é o foco principal, pois um dos grandes desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil implica na transformação da gestão do sistema, deslocando a gestão dos meios para a gestão dos fins; a gestão baseada em opiniões para a gestão baseada em evidências; e da gestão de uma condição aguda para a gestão de uma condição crônica.

Em Mato Grosso, especialmente em Cuiabá, é possível afirmar que os tomadores de decisão do sistema municipal de saúde, de algum modo gerenciam as ações para o enfrentamento da hipertensão arterial, mas questiona-se se há polaridade entre a política formulada e a prática realizada pelos profissionais de saúde para responder a esta condição crônica.

Na perspectiva da organização do SUS, a hipertensão arterial tem destaque na esfera municipal, sendo a formulação da política e sua implementação possível de ser investigada.

Isto se deve ao fato de que há uma estruturação da política de saúde para hipertensão arterial nos níveis do SUS (nacional, estadual, municipal), resultante de ações desencadeadas pelo Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e pela construção conjunta de Agenda de Prioridades para implementação da Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (MS, 2005).

No nível da micro gestão (gestão clínica) há uma sistematização de condutas clínicas e a construção de consensos, possibilidade de utilização de linhas guias (protocolos e diretrizes clínicas) o que torna possível pesquisar a tomada de decisão dos profissionais de saúde neste espaço.

O destaque dado à gestão de uma condição crônica, como a hipertensão arterial, decorre de vários motivos. Primeiro e condição basilar, pela sua relevância epidemiológica mundial e no Brasil.

Em Mato Grosso (especialmente em Cuiabá) o contexto não é diferente, e a hipertensão arterial acompanha a tendência internacional de epidemia em ascensão. A cronicidade dessa doença impõe aos sistemas e serviços de saúde uma mudança de

comportamento gerencial e no paradigma de atenção à saúde (OMS, 2003; MENDES, 2005; PAIM, 2006).

Segundo, pela carência, na literatura, de estudos que abordem a gestão de uma condição crônica de saúde, nos diferentes espaços de decisão.

Terceiro, pelo meu interesse pessoal e profissional. Como trabalhadora do Sistema Único de Saúde, com experiência em área de planejamento e gestão, estando recentemente envolvida com a área de atenção a problemas crônicos, nasce o interesse em pesquisar cientificamente o tema, buscando-se combinar estes dois elementos (gestão e condição crônica) na análise.

A temática em discussão será abordada em seis capítulos. O primeiro faz uma introdução sucinta do trabalho, apresentando as motivações e objetivos propostos neste estudo. O segundo capítulo concentra-se no marco teórico que apóia a argumentação e discussão dos resultados que serão mostrados no quinto capítulo. O terceiro e o quatro capítulos detalham, respectivamente, os objetivos pretendidos e a opção metodológica utilizada. No sexto capítulo apresentam-se algumas contribuições como considerações finais.

## 2. POLÍTICA E GESTÃO

A contextualização sobre a gestão da atenção para uma condição crônica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) requer primeiramente uma abordagem sobre os aspectos conceituais da política, gestão, sistema de saúde e condição crônica, situando em que cenário se inserem tais políticas e os modos de gestão utilizados na atenção de um problema crônico.

O termo *política* tem significado variado e interpretações abrangentes.

Em sentido amplo, representa a direção dada à gestão dos negócios da comunidade, englobando o conjunto dos fatores humanos tais como ideologias sociais, crenças religiosas, interesses de classe ou grupo, ônus dos fatores pessoais (DALLARI, 2003).

O objeto da política diz respeito à organização de oposições de vontade, sobre a base de uma concordância de vontade (DALLARI, 2003).

A política também implica no conjunto dos atos e das posições tomadas para impulsionar a estrutura e a marcha do aparelho governamental a uma determinada direção (DALLARI, 2003).

Em comparação, as políticas públicas podem ser definidas como o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relativas às tarefas de interesse público. Englobam todas as ações de governo, divididas entre atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCHESE, 2004).

Elas referem-se às decisões de caráter mais geral com o intuito de tornar públicas as intenções de governo, bem como orientar o planejamento no que concerne a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos.

Visam dar visibilidade à ação de governo, minimizando os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

O cerne de uma política é constituído pelo propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos.

Quanto ao termo *gestão*, é uma expressão que vernaculamente tem o mesmo significado que a gerência e a administração e entra em cena como expressão “menos gasta”, dado o uso excessivo dos demais no campo da administração.

Nesse sentido, gestão, gerência e administração são expressões equivalentes e dizem respeito a decidir, escolher. É a arte de pensar, decidir e agir. Arte de fazer acontecer, de obter resultados (MOTTA, 2004).

GARCIA (2001), concordando com TOBAR (2002) compreende que um Modelo de Gestão “es una forma de definir prioridades y tomar decisiones” (p.407).

Em toda organização se tomam decisões de modo mais ou menos explícito, racional, transparente e participativa. Portanto sempre há um modelo de gestão instituído na organização, pode ser consciente ou não, pode ser adequado ou não (TOBAR, 2002).

Assim, definir um modelo de gestão abrange quais são as principais decisões que se tomam numa organização, como se tomam, quem e quando as tomam (TOBAR, 2002).

Nesse escopo a definição de prioridades “... consiste en seleccionar caminos en la búsqueda de la misión” (TOBAR, 1999, p.24).

Em comparação, a definição de prioridades implica em selecionar os temas que entram para a agenda do dirigente. É fazer opção entre temas urgentes e importantes, entre a improvisação e o uso do planejamento, tendo o tempo e o foco da atenção como recursos escassos (MATUS, 1996).

O planejamento, neste enfoque, é compreendido como um cálculo situacional que precede e preside a ação, projetando o futuro com imaginação, a partir das possibilidades que sejamos capazes de descobrir (MATUS, 1993).

Estudos recentes apontam que a gestão nas organizações implica numa nova forma de pensar e agir, utilizando-se da lógica do pensamento estratégico como orientação, que se caracteriza pela antecipação de avaliação dos efeitos de cada decisão, dos riscos, custos e benefícios, dando aos gestores a fundamentação necessária para a construção de um modelo e de ferramentas gerenciais com potência para garantir uma maior efetividade na gestão e no rearranjo organizacional (ZAJDSZNAJDER, 1989).

Assim, a gestão estratégica pode viabilizar uma administração orientada por resultados, com maior flexibilidade e agilidade na tomada decisão e ainda a possibilidade de a organização estar mais bem preparada para enfrentar novos desafios, por meio de deliberações participativas (LUSTOSA, 2000).

O planejamento com enfoque estratégico pode ser definido como uma técnica gerencial que permite, por meio da análise do ambiente organizacional, criar consciência de suas oportunidades e ameaças, bem como dos seus pontos fortes e fracos para então traçar os rumos ou a direção que essa organização deverá trilhar para aproveitar as oportunidades, potencializar os pontos fortes e minimizar ameaças e riscos (CAMPOS e RIBEIRO, 1999).

A política, no instrumental de planejamento, representa a parte mais ampla. Seu detalhamento se dá pela utilização de instrumentos que a decodificam em planos, programas, projetos e atividades.

Enquanto os planos representam a manifestação mais geral do componente da política, com algum detalhamento de objetivos, os programas e os projetos abarcam maior pormenorização, traduzida em metas, cronogramas e orçamento. Por conseguinte, as atividades possuem caráter permanente e são desdobramentos dos programas, para fins operacionais. No conteúdo dos programas, projetos e atividades, são definidas as estratégias de implementação das políticas. Nessa etapa de detalhamento, os gestores decidem considerando as limitações e disponibilidades financeiras, de tempo e de recursos humanos, para viabilizar a efetivação das mudanças preconizadas (MS, 1998).

Pela explicitação formal dessas decisões, busca-se permitir além da participação efetiva dos gestores, o acesso do cidadão em geral e dos formadores de opinião, em particular, ao debate, à implementação e à avaliação das políticas públicas.

A tomada de decisão, enquanto componente que sustenta um modelo de gestão, como observam GARCIA (2001) e TOBAR (2002), possui variadas interpretações.

Na ótica clássica da Teoria Geral da Administração, consiste numa escolha racional, sistemática, antecedente e calculada, que melhor aponta caminhos e seleciona alternativas diante de uma situação determinada (MOTTA, 2004).

O conceito contemporâneo amplia essa discussão. Compreende a decisão como um processo intuitivo, muitas vezes inconsciente, ancorado na reflexão constante, no hábito e na experiência adquirida. Não se restringe apenas ao trato de dados objetivos, mas também abarca a percepção de oportunidades temporal e política (MOTTA, 2004).

## **2.1. MODELOS E PROCESSO DE DECISÃO**

### **2.1.1. PRINCIPAIS MODELOS DE DECISÃO**

Considera-se importante enfatizar, a priori, as abordagens de maior expressão entre as correntes teóricas existentes sobre o modelo de decisão, destacando-se a racional, a organizacional, a política e a intuitiva.

Estas abordagens são as mais referenciadas na literatura sobre a tomada de decisão e fornecem subsídios que auxiliam a compreensão da intrincada realidade decisória das organizações.

Entretanto, essas abordagens apresentam limitações a essa mesma apreensão, pois cada um dos modelos, ao priorizar um ângulo de análise, acaba sempre por ocultar outros ângulos, talvez tão importantes quanto aquele focado (LEMOS 1997).

Essa afirmação pretende alertar quanto aos limites das teorias frente à realidade concreta, considerando que a análise de uma dada situação decisória pode ser pertinente na medida em que se reconheça sua limitação e, portanto, não pretenda considerá-la definitiva.

#### **2.1.1.1. MODELO RACIONAL**

O paradigma racional, também é conhecido como “modelo do ator único”. Nele a organização confunde-se com um único ator, homogêneo, racional, consciente de si próprio e de seu contexto, dotado de objetivos e preferências relativamente estáveis, que existe e se justifica para atingir objetivos organizacionais (NIOCHE, 2005).

Neste modelo a decisão é provocada exclusivamente pela detecção de um problema. O processo decisório constitui-se de um fluxo de produção e análise de informação que, criteriosamente coletada e analisada, resultará em identificação e opção de alternativas para o alcance dos objetivos organizacionais. Este fluxo ocorre num processo seqüencial onde os participantes contribuirão de modo eficiente e desinteressado, para o melhor desempenho da organização (MOTTA, 2004).

Segundo MARCH e SIMON (1970), o homem racional faz escolhas ótimas em um ambiente detalhadamente especificado e definido.

O processo decisório ocorre em virtude de algumas circunstâncias: quando o indivíduo precisa tomar uma decisão, já dispõe de um grupo de alternativas entre as quais fará sua escolha.

Cada alternativa possui um conjunto de conseqüências que podem ser de três tipos: certeza, risco e incerteza. O indivíduo que vai decidir estabelece uma classificação das alternativas de acordo com as prováveis conseqüências em uma seqüência preferencial. A alternativa escolhida é aquela que apresenta um conjunto de conseqüências de sua preferência. No caso da certeza, não há ambigüidade na escolha, no caso de risco, será escolhida a alternativa de maior utilidade, e no caso de incerteza, opta-se pela menos pior.

O modelo racional ou a racionalidade organizacional exerce um certo fascínio na esfera do senso comum, pois insinua a possibilidade de domínio sobre fatores não controláveis, bem como a de eliminação de riscos e incertezas, o que justifica sua predominância ou preferência como forma de diminuir riscos no processo de tomada de decisão.

As organizações, tais como concebidas por SIMON (1970), são sistemas de comportamento cooperativo, onde se deseja que a orientação do comportamento de seus membros seja de acordo com certos fins, e que são considerados como objetivos da organização.

Na perspectiva racional, as organizações são comparadas a organismos. O comportamento dos indivíduos deve se adequar aos meios que levam ao alcance dos fins; sempre com uma intenção de racionalidade. Trata-se de uma mono-racionalidade que exclui qualquer conflito sobre os objetivos e o modo de decidir (NIOCHE, 2005).

Este modelo propõe quatro etapas lógicas, sequenciais para o processo decisório:

1. Diagnóstico do problema;
2. Identificação e explicitação de todas as ações possíveis;
3. Avaliação de cada eventualidade por critérios derivados dos objetivos ou das preferências;
4. Escolha da solução que maximiza o resultado (NIOCHE, 2005).

Somam-se a estes outros elementos da teoria econômica, tais como probabilidade, avaliação do risco ou custo da informação. Todavia, a essência do raciocínio continua a mesma.

MARCH e SIMON (1970) estudando a Teoria Clássica da Administração e Teoria Econômica Clássica argumentam que ambas deixam lacunas na teoria da racionalidade por não considerarem aspectos subjetivos relativos à própria racionalidade. O ambiente organizacional e social em que se encontra o tomador de decisão determina quais as conseqüências que irá antever e quais as que não preverá; quais as alternativas que vai considerar e quais as que vai ignorar. Numa teoria da organização, essas variáveis não podem ser tratadas como fatores independentes inexplicados, mas têm que ser determinadas e previstas pela teoria. Assim, estes autores propõem a Teoria da Escolha Racional que incorpora duas características fundamentais:

a) a escolha é sempre feita em função de um modelo da situação real, restrito, aproximado e simplificado. Esse modelo representa a definição da situação, por parte da pessoa que faz a escolha;

b) os elementos da definição da situação não são dados, ou seja, não os tomamos por pressupostos de nossa teoria, mas constituem o produto de processos psicológicos e sociológicos que englobam as atividades da pessoa que faz a escolha e as de outros integrantes do ambiente (MARCH e SIMON, 1970).

O uso do paradigma racional ainda é hegemônico entre as Teorias Organizacionais, pois corresponde à imagem natural da ação para a cultura ocidental. Permite formalizações elaboradas, a utilização de instrumentos matemáticos e de análises quantitativas, possibilitando uma esquematização rápida da realidade, favorecendo compreensões e antecipações a partir de dados menos acessíveis e em

menor quantidade. Sua utilização é considerada geralmente legítima, possível, com pouco risco, e em muitos casos, imperativa (NIOCHE, 2005).

Em outro prisma, o modelo racional possui uma característica muito mais normativa que explicativa, na maioria dos casos. Assim, nega a importância do próprio processo de decisão, ou seja, o reconhecimento de um problema, desenvolvimento e seleção, supondo que as mudanças observadas são resultados de escolhas voluntárias e livres de um decisor individual ou coletivo, desconsiderando os conflitos e estratégias dos indivíduos e dos grupos. Parte do princípio de que há uma relação direta entre a importância dada a uma decisão, quando esta é tomada, e a importância dos seus resultados (NIOCHE, 2005).

### **2.1.1.2 MODELO ORGANIZACIONAL**

No modelo organizacional, o contexto da organização é constituído de sub-unidades. Estas possuem regras e procedimentos específicos, que condicionam sua percepção e orientam seu comportamento. O conjunto de sub-unidades responde a uma direção superior e suas relações também são definidas por regras e procedimentos, bem como seus objetivos atribuídos pela direção. Assim, os objetivos das sub-unidades tendem a ser tratados como exigências da direção e que devem ser satisfeitos, mas sem abrir mão de seus próprios objetivos ou práticas.

Os procedimentos utilizados neste modelo orientam para a busca de solução até que seja encontrada uma primeira, considerada satisfatória e aceitável pela direção. A solução é então adotada, sem que se avance na procura de outras. É importante enfatizar, portanto, que neste modelo não há uma preocupação em realizar uma busca exaustiva de soluções e da escolha mais satisfatória entre elas, elementos que caracterizam o modelo racional, mas sim da primeira escolha, mais aceitável e satisfatória.

A mudança nestes casos é bastante problemática e de difícil controle, pois a organização tende a reproduzir os comportamentos antecedentes, afastando-se parcialmente de seu contexto. O processo organizacional reconduz as questões a uma quantidade limitada de problemas conhecidos, atribuindo-lhes um número restrito de soluções já experimentadas.

NIOCHE (2005) cita dois exemplos de modelos organizacionais: a Teoria da Racionalidade Limitada e a Teoria Comportamental da Empresa, ambas oriundas da corrente de pensamento de Herbert Simon.

Na Teoria da Racionalidade Limitada, faltam ao decisor conhecimentos. Ele apenas se recorda parcialmente das escolhas anteriores, sendo difícil prever os acontecimentos futuros.

Diante de um problema o decisor não procura escolher a melhor solução, por não dispor de recursos (informação, capacidade intelectual) que lhe permitam avaliar as alternativas de solução e suas respectivas vantagens ou desvantagens. Portanto, limita-se a escolher a primeira solução considerada satisfatória, seja ela uma solução antiga, já utilizada na resolução de problemas similares; ou nova, caso as antigas não se apresentem adequadas.

Para a Teoria da Racionalidade Limitada, a organização determina amplamente o ambiente psicológico de seus membros.

Consideram-se como componentes do processo psicológico e que precedem a decisão: a aprendizagem, a memória, o hábito, os estímulos e a natureza desses estímulos.

A organização provoca estímulos de caráter geral e direções específicas que orientam o comportamento dos indivíduos no sentido desejado pela direção. Por outro lado, os estímulos e direções permitem a cada indivíduo prever o comportamento de outros membros da organização.

A organização pode influenciar os indivíduos de diversas maneiras: através da divisão do trabalho, definindo o modo como as tarefas devem ser executadas e os problemas resolvidos; pela autoridade; pela comunicação; e pela identidade e lealdade (NIOCHE, 2005).

Assim, os indivíduos aceitam tornar-se membros da organização caso esta corresponda direta ou indiretamente à satisfação de seus objetivos pessoais.

A organização, neste caso, é vista como um sistema em equilíbrio, que oferece em contrapartida a lealdade de seus membros, vantagens financeiras, sociais ou ideológicas (status social, prestígio, poder).

A decisão, neste prisma, é essencialmente organizacional, pois o indivíduo, ao tempo em que vê a sua racionalidade limitada e influenciada pela organização,

insere-se no contexto organizacional onde as decisões são interdependentes pela hierarquia e pelas condutas atuais, que são resultados de decisões passadas. Como consequência irá limitar o horizonte de decisões futuras.

A Teoria Comportamental Empresarial enxerga a organização como uma coligação de indivíduos que têm objetivos diferentes.

Estes objetivos são tratados pelos indivíduos como obrigações a serem satisfeitas, enquanto que a organização deve enfrentar permanentemente os potenciais conflitos. Para solucionar os problemas, estes são divididos e distribuídos às sub-partes, as quais decidem o tratamento mais conveniente, respeitando, contudo, o objetivo obrigatório.

Desta forma, a organização funciona com uma justaposição de racionalidades locais, definidas em função de um nível de desempenho, sem qualquer otimização global, privilegiando a reação em curto prazo, para responder a problemas urgentes, em detrimento da antecipação em longo prazo, e negociando com o contexto condições estáveis de atividade (NIOCHE, 2005).

O processo decisório, sumariamente, na Teoria Comportamental da empresa ocorre da seguinte forma: é desencadeado por um problema nascido da comparação entre a informação que vem do contexto e os objetivos; o problema é dividido em subproblemas, tratados por sub-partes da organização de acordo com os objetivos que lhe são atribuídos; cada sub-parte trata do problema de acordo com seus procedimentos habituais, desenvolvendo uma investigação para a solução apenas se os procedimentos forem considerados inadequados; a investigação pára assim que se encontra uma solução satisfatória; a solução global do problema é constituída pelo conjunto das soluções apresentadas pelas sub-partes, levando em conta a aceitação de soluções consideradas satisfatórias.

A contribuição basilar deixada pela Teoria Comportamental diz respeito à importância do próprio processo de determinação das escolhas, demonstrando que o conteúdo das escolhas é condicionado pela maneira como estas são feitas.

### **2.1.1.3 MODELO POLÍTICO**

O modelo político concebe a organização como um conjunto de jogadores, que podem ser indivíduos ou grupos, dotados de interesses e objetivos próprios, controlando diferentes recursos de poder como autoridade, status, recursos financeiros, idéias e informações. A organização não tem objetivos claros a priori. Os indivíduos ou grupos conduzem estratégias particulares a partir de sua própria situação (NIOCHE, 2005).

As organizações, à luz do paradigma político, são enxergadas como estruturas de poder. Os objetivos organizacionais são os objetivos de indivíduos, os quais têm poder suficiente para impor sua preferência a outros. Neste sentido, o processo decisório é visto como um grande sistema de negociação, um jogo em que uns ganham e outros perdem e assim, uns apóiam e outros rejeitam (MOTTA, 2004).

Como a organização possui diferentes grupos de interesse, o processo decisório irá refletir uma negociação de interesses permanente, para manter, reforçar ou modificar a coalizão de poder.

Neste sentido, as informações utilizadas para as tomadas de decisão não são coletadas apenas para a solução racional dos problemas, mas também em função da necessidade de se conhecer os diversos interesses da coalizão de poder.

O processo político tem como elementos: o poder, a influência, as alianças e o conflito.

#### **2.1.1.4 MODELO INTUITIVO**

A abordagem intuitiva da tomada de decisão tem na Teoria Contemporânea da Decisão Gerencial a sua matriz.

Identifica como elementos importantes a intuição, o senso comum, os instintos e percepções individuais. Esta abordagem valoriza a prática e a experiência profissional dos gerentes. O que se aprende no cotidiano das organizações é um importante recurso para a tomada de decisão.

Autores contemporâneos como MINTZBERG (1976, 2004, 2006), VERGARA (1993), MOTTA (2004), vêm atribuindo relevância às decisões baseadas no intuitivo, pois identificam o processo decisório como um processo fragmentado, contrariando a lógica da teoria racional.

Na abordagem intuitiva, as interligações entre os problemas e as soluções ocorrem de maneira assistemática e quase sempre ao acaso.

MOTTA (2004) argumenta que a diversificação do trabalho do dirigente moderno, num ambiente de rápidas mudanças e de surpresas constantes, tem colocado questões que não são mais passíveis de serem resolvidas apenas através de métodos pré-estabelecidos, que descrevem a função gerencial como racional e programada, na perspectiva da definição de objetivos e do controle de resultados.

No cotidiano das organizações, segundo MINTZBERG (1976, 2004, 2006), as informações para a tomada de decisão não se mostram de forma clara e precisa. Elas aparecem em meio a uma confusão de tarefas e os problemas acabam por serem mal estruturados, dificultando o uso exclusivo de critérios racionais.

Os dirigentes precisam aprender a tomar decisões num processo organizacional limitado e fragmentado, onde não funciona a racionalidade total. Frente à necessidade de respostas rápidas, o processo decisório se torna diferente daquele centrado na teoria racional. Assim, a intuição vem ganhando importância e desempenhando um papel fundamental nas análises organizacionais.

A construção científica da abordagem intuitiva tem como campo disciplinar a filosofia, a psicologia, a matemática e a física, influenciando o desenvolvimento de teorias recentes da administração que propõem o lançamento de uma nova teoria gerencial (MÖELLER et al., 1993).

Esta nova teoria compreende a organização como um ambiente holístico e não-mecanicista, ensejando resgatar o homem em sua totalidade.

VERGARA (1993), faz uma comparação entre a sensação e a intuição. A sensação como algo possível pelo órgão dos sentidos e que permite perceber as fragmentações. E a intuição, possível pela consciência, permite perceber o todo.

Assim, a intuição é concebida como uma experiência interna, que não pode ser descrita por meio de palavras. O conhecimento pela intuição se daria de forma imediata, onde o indivíduo sabe que chegou a uma descoberta, mas não pode explicar aos outros e a si mesmo como chegou a tal descoberta.

VERGARA (1991), fundamenta-se em pensadores como Kant, Descartes, Bergson e Jung para buscar uma compreensão sobre a razão e intuição:

A razão passa pela sensação (embora nela não se esgote); depende do tempo-espaço definidos, privilegia a relação causa e efeito, é analítica, parcelada, produz e é produzida pela segmentação, vem do mundo externo; pertence-lhe a explicação e necessita de provas. Ao contrário, a intuição não passa pelos sentidos, independe de tempo e espaço definidos e de explicações causais; é sintética, holística, vem de dentro do indivíduo, prescinde de provas e não necessariamente é condicionada pelo mundo exterior, porque já está lá, no indivíduo. O intelecto produz o saber racional; a consciência (no sentido filosófico), ou o inconsciente (no sentido junguiano) produzem o saber intuitivo. Se a razão é condicionada ao que se pode designar como elementos do método científico, a intuição os transcende, parecendo ter emancipação relativa (certa liberdade) (VERGARA 1991, p.132).

Nessa perspectiva, a tomada de decisão intuitiva é um *insight* que surge naturalmente do gerente, fundamentado em sua experiência e prática profissionais, trazendo soluções para o enfrentamento de possíveis obstáculos que podem atrapalhar a tomada de decisão (VERGARA 1991; CORNELIO, 1999).

As teorias administrativas mais recentes trazem uma coleção de depoimentos de administradores os quais relatam que suas decisões não têm sido tomadas baseadas em dados objetivos, mas em algo que indicava uma direção e de maneira inexplicável, uma certeza, segurança de que estava no caminho certo.

De fato, o processo intuitivo incorpora um número maior de variáveis, pois se encontra permeável a fatores emocionais, políticos, de oportunidade e sensibilidade. Estes fatores estão presentes em todo o processo decisório (MOTTA, 2004).

Assim, a intuição do gerente ancorado no conhecimento e experiência do contexto pode contribuir para decisões mais eficazes.

Mas, MINTZBERG (2004) alerta para as limitações do processo intuitivo, que pode levar a tomada de decisões superficiais. Especialmente quando aplicado a sistemas sociais de natureza complexa; como é o caso dos sistemas de saúde.

Para certos tipos de problemas sociais complexos, as abordagens intuitivas são inclinadas a tratar dos sintomas e não das causas e tentam operar por meio de pontos no sistema que têm pouco poder de mudança. Isso pode ajudar no curto prazo, mas, em longo prazo, podem agravar as dificuldades de modo que eliminar um sintoma só redunde numa dificuldade que surge logo à frente (MINTZBERG, 2004).

Assim, a aceitação destes pressupostos não implica absolutamente a negação das demais vertentes teóricas que argumentam sobre a decisão.

A proposição recente busca equilibrar, utilizando todos os recursos disponíveis para a ação e a tomada de decisão gerencial. Esse balanceamento, não significa síntese entre posições contrárias, mas o convívio com as contradições e os paradoxos da realidade organizacional (MOTTA, 2004).

MINTZBERG (2004, 2006) sugere uma combinação entre as vertentes teóricas de modo a potencializar a ação gerencial no sentido da construção de organizações mais eficazes.

Na atualidade, buscar essa combinação é um dos grandes desafios no que concerne à gestão organizacional. Criar condições de gestão que avancem para além da objetividade, sem, no entanto, desconsiderá-la. A gestão contemporânea precisa valorizar o caráter subjetivo presente nas organizações. O realce aos diversos interesses que permeiam as relações inter pessoais, os conflitos, devem produzir perspectivas diferentes e relações que possibilitem a construção de valores e práticas que referendem novos paradigmas para a decisão gerencial.

Este é o desafio da presente pesquisa, buscar novas evidências científicas que possam apontar caminhos alternativos para uma prática gerencial mais responsável, contribuindo para que os sistemas de serviços de saúde venham a cumprir com sua finalidade precípua em produzir saúde para a coletividade.

### **2.1.2. O PROCESSO DECISÓRIO**

Como premissa geral os dirigentes compreendem bem os objetivos de sua organização e julgam-se aptos para alcançá-los. Contudo, sentem-se surpresos quanto à natureza do processo decisório organizacional, com os fatores não controláveis que condicionam o seu comportamento gerencial a formas diferentes do desejado (MOTTA, 2004).

Uma das maneiras de se melhorar a eficiência da gestão de uma organização é compreender a natureza dos processos decisórios praticados no seu interior, para avaliar sua eficácia com o objetivo de perceber o modo de racionalização mais apropriado àquela organização (CORNELIO, 1999).

A racionalidade, embora válida e necessária, já não é mais suficiente para responder ao dinamismo da vida organizacional, como apontam os estudos contemporâneos de decisão gerencial.

O tomador de decisão (dirigente, gestor, gerente, decisor) é parte integrante do processo decisório organizacional. De algum modo seu comportamento, assim como de qualquer outro trabalhador, é influenciado por fatores internos e externos à organização.

Uma decisão implica numa escolha para enfrentar certa situação ou problema. Ela conduz a outra situação, que pode exigir novas decisões.

A fase que consome mais tempo no processo não é a tomada de decisão em si, mas colocá-la em prática. A menos que uma decisão se transforme em trabalho, ela não será uma decisão, somente uma boa intenção, afirma DRUCKER (2004).

Assim, a compreensão da decisão per si, na dimensão substantiva do termo, não revela qual a maneira que o gerente se comporta e como ele faz determinada escolha.

Somente compreendendo o caráter ilógico e ambíguo da vida organizacional é possível entender como ocorre, de fato, o comportamento gerencial (MOTTA, 2004).

Sendo assim, o processo decisório organizacional é um condicionante importante do comportamento gerencial e, portanto, antecede e determina a própria decisão (MOTTA, 2004).

Nessa perspectiva, a análise do processo decisório pode fornecer os subsídios necessários à compreensão de alguns desafios que se colocam à prática da gestão em saúde.

Em sentido amplo o processo decisório pode ser definido como uma sucessão de etapas que levam à tomada de decisão e garantem sua implementação (CAMPOS, 1998).

No entanto, esta sucessão de etapas não ocorre de modo linear e sistemático. Contraria a própria lógica racional, antecedente e calculada. Acontece permeada por um conjunto de fatores que precisam ser considerados quando se pretende estudar a decisão gerencial.

O marco teórico no estudo da decisão gerencial destaca Herbert Simon como o grande pensador do racionalismo organizacional. Na década de 60 este autor inova ao romper com o pensamento cartesiano da Teoria Clássica das Organizações, que considera os empregados como instrumentos e o trabalho mecanizado. Simon evolui com o pensamento racional, conjugando as relações mecânicas às humanas, presentes nas organizações e coloca o homem no centro do debate. Este deixa o papel de ator coadjuvante para assumir o papel de protagonista desta nova relação.

Essa nova visão, denominada de Escola Humanista, entende que o elemento humano é dotado de sentimentos e desejos e, portanto, não seria possível imprimir às organizações o movimento mecanicista proposto pela Escola Clássica defendida por Taylor e Fayol (MOTTA, 2004)

Simon desenvolveu uma idéia de que o indivíduo racional é o indivíduo organizado e institucionalizado (MOTTA, 2004).

O escopo de sua vasta obra teve a preocupação em explicar e conciliar os princípios da racionalidade econômica, que influenciaram as teorias clássicas das organizações, e os limites da racionalidade nas escolhas humanas. Assim, ele construiu uma teoria administrativa baseada na racionalidade limitada do homem administrativo, em contraste com a racionalidade ampla do homem econômico, norteada pela eficiência máxima para a consecução dos objetivos organizacionais.

MOTTA (2004), fazendo uma leitura contemporânea sobre o tratado de Simon, comenta que este é insistente em argumentar que as organizações são influenciadas pelos limites humanos em processar informações. Para Simon os indivíduos não otimizam informações, mas se satisfazem com o número de informações que suas mentes conseguem alcançar e processar. Desse modo, ninguém decide através de um processo racional em considerar todas as alternativas possíveis, mas por meio de simplificações da realidade ajustáveis à mente do indivíduo. Daí a defesa pela decisão mais satisfatória.

Desse modo, Simon admite a impossibilidade do indivíduo conhecer todas as alternativas de solução e, portanto, as limitações da racionalidade. A racionalidade do processo decisório se desenvolve, então, sob a dinâmica da escolha de alternativas satisfatórias ou aquelas decorrentes de comportamento preferenciais, por quem decide.

Este processo de escolha racional ilustra as restrições do homem que, por sua vez, projeta-se no desempenho organizacional, levando os administradores a se distanciarem da idéia original de resultados máximos, para o alcance de resultados satisfatórios (SIMON, 1970).

Prosseguindo, MARCH e SIMON (1970) descrevem na Teoria das Organizações, sobre a importância do programa na organização. Ele é fundamental para perceber os aspectos comportamentais da instituição, de seus empregados e dos tomadores de decisão.

O programa é definido como um conjunto de reações, em relação ao processo de estímulo externo, que provoca a busca de respostas para solução dos problemas apresentados. À medida que o estímulo se torna repetitivo e, portanto, com soluções já experimentadas, estas tenderão à rotinização. Este conjunto de reações elaboradas, experimentadas, possibilita a escolha por decisão programada (MARCH e SIMON, 1970).

Nesta visão, o programa determina como a organização ordena e coordena suas estruturas, funções, hierarquia, os canais formais e informais de informação, contribuindo para o alcance de estabilidade no funcionamento das organizações.

A rede de comunicações é um elemento importante do programa e destacada como responsável em produzir fluxos de informações que comunicam os estímulos e dados necessários à evocação e execução do programa (MARCH e SIMON, 1970).

Esses canais de comunicação atendem algumas finalidades.

São planejados, em parte, de modo deliberado e consciente no curso da programação. Podem ser criados com o intuito de atender a necessidades diferentes de comunicações; e, por fim, podem ser desenvolvidos para atender às funções sociais da comunicação (MARCH e SIMON, 1970).

Desse modo, a estrutura de canais comunicacionais exerce forte influência sobre os processos decisórios.

Numa ótica contemporânea, MOTTA (2004) explica que a perspectiva organizacional cooperou para reforçar a idéia da organização como ente racional.

Mas antes de prosseguir com essa reflexão é necessário considerar que a organização do trabalho para a produção de bens e serviços é parte indissociável do exercício da atividade administrativa no mundo moderno.

A organização vista por esse prisma pode ser definida como uma unidade social construída de modo intencional e reconstruída para atingir objetivos específicos (MOTTA, 2004).

No pensamento do senso comum “organização” remete à idéia de algo ordenado, em que as decisões se passam segundo um processo racional, predeterminado e quando seguida rigorosamente leva aos resultados almejados.

Assim, racionalidade organizacional insinua a possibilidade de domínio de fatores incontrolláveis e uma forma de eliminar riscos e incertezas. Para enfrentar a irracionalidade e a incerteza do dia-dia parece razoável adotar a organização como um ente racional.

Seus fundamentos são marcados pela racionalidade do comando e por controles centrais em função da especialização do trabalho e distribuição de autoridade. Desse modo, o processo decisório organizacional tende a ser visto como um conjunto de relações ordenadas para se adaptar às variações ambientais e atingir fins predeterminados.

Neste enfoque as organizações têm feições de seres racionais, adaptativos, harmônicos e até inteligentes, sugere MOTTA (2004).

Contudo, analogias a organismos são comparações preocupantes feitas às organizações, segundo autores contemporâneos como Hebert Kaufman e Michael Keeley em estudos recentes, citados por MOTTA (2004). Ambos refutam os modelos orgânicos por entender que estes favorecem a visão de interesses comuns, camuflando uma realidade maior presente na organização, que são os objetivos e interesses individuais.

Segundo MOTTA (2004), a contribuição destes pesquisadores está no fato de que ao rejeitarem em parte, ou totalmente, a idéia de objetivos comuns, ou de ações concatenadas em função desses objetivos, eles distanciam o olhar da descrição e da proposição do processo decisório organizacional como necessariamente harmônico e racional.

Uma idéia radical recente, entre as teorias contemporâneas, comentada na obra de MOTTA (2004), é de se estudar o comportamento das organizações (ambiente e pessoas) através de modelos que não incluem a noção de objetivos organizacionais. São teorias que enfocam o poder na organização.

Assim, na perspectiva política sobre a decisão gerencial, LINDBLON (1981) estudou o processo decisório e o considerou extremamente complexo, sem princípio nem fim, com limites imprecisos. Para compreendê-lo é necessário conhecer, de antemão, as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade e os outros poderes que detêm, como se relacionam uns com os outros e se controlam mutuamente na organização.

O processo decisório na dimensão política não leva a soluções que fomentem julgamentos com base em padrões de racionalidade. Ele produz alternativas de acordos, conciliações e ajustes, com vistas à equidade, aceitabilidade, possibilidade de reexame e atendimento à multiplicidade de interesses em jogo. Mas sempre com uma avaliação inconclusiva, admite LINDBLON (1981).

Na abordagem por metáforas das organizações como sistemas políticos, MORGAN (1996) também refuta a concepção das organizações enquanto empreendimentos interligados e racionais que buscam objetivos comuns. Ele caracteriza as organizações como uma rede de pessoas independentes, com interesses divergentes e que se juntam em função de oportunidades. Neste prisma, o controle do processo decisório é tido como uma das fontes de poder na organização.

Alguns autores contemporâneos vêm estudando especificamente o processo decisório organizacional e têm concluído que este processo é um grande sistema de negociação política.

Entre eles, MOTTA (2004) cita Richard Cyert e James March, que estudaram a decisão sob o prisma da coalizão de poder e de domínio da organização. Segundo esses autores o domínio é garantido pelo controle de recursos fundamentais. Como a organização possui vários grupos de interesses (internos e externos), o processo decisório espelha uma negociação contínua desses interesses para manutenção e fortalecimento da coalizão de poder.

Como a política é inerente e inevitável no processo decisório, este processo é antes de tudo uma conjunção de interesses, acomodação de conflitos e lutas de poder (MOTTA, 2004)

Embora os manifestos sejam contundentes sobre os conflitos políticos e lutas de poder no processo decisório organizacional, o reconhecimento dessas dimensões pelos tomadores de decisão ainda é bastante tímido. Apesar de o conflito político ser

central na vida gerencial, a maioria dos dirigentes lida com o conflito subterraneamente. Privilegiam mais seu papel de decisores racionais do que de negociadores políticos. Nessa abordagem, o processo decisório reflete além do diagnóstico e solução de problemas, a lógica de interesse previamente definidos (MOTTA, 2004).

O estudo da decisão com abordagem pela conjugação de interesses e disputa política tem precedentes com Simon (1964), que definiu o sistema organizacional como um sistema de “coligações frouxas”. Para ele o processo decisório é uma situação complexa, envolvendo muitos atores e o sucesso alcançado por uns pode significar a derrota de outros (citado por BRAGA, 1987).

Simon através de um contínuo de decisões (MOTTA, 2004; MINTZBERG, 2006) estabeleceu uma diferença entre decisões programadas e decisões não programadas.

As decisões programadas são rotineiras, repetitivas, com procedimentos e normas já elaborados para sua execução e, portanto, mais estruturadas (SIMON, 1970). Elas preocupam menos os dirigentes porque estes dispõem das informações necessárias para a opção (alternativa), através do uso de tecnologias modernas de processamento de informações (MOTTA, 2004).

Em contraste, as decisões não programadas são pouco estruturadas, agregadas, cheias de novidade, relevantes e de natureza complexa (SIMON, 1970), não havendo um método pronto, de tal modo pré-determinado para lidar com elas. Elas são imprevisíveis e variáveis, exigindo imaginação humana (MOTTA, 2004).

Como as decisões não programadas afetam diretamente a sobrevivência e o sucesso da organização, MOTTA (2004) mostra-se cauteloso, pois compreende que as decisões não programadas não podem ser tomadas simplesmente com base nas mesmas tecnologias (informacionais) aplicadas às decisões programadas.

As organizações se relacionam com um ambiente externo complexo, volátil, hostil e imprevisível. Essas contingências afetam a dinâmica organizacional e ampliam o elenco de decisões não programadas.

Assim, MOTTA (2004) concorda com as observações feitas por Simon, mas vai além. Ele afirma que a qualidade dessas decisões exige algo mais dos dirigentes.

Requer o desenvolvimento de capacidades como discernimento, intuição e criatividade.

Este autor prossegue no debate para tornar as teorias da decisão gerencial mais válidas e atuais, alertando que o sucesso e a excelência nas organizações passa ao largo do exagero de racionalismo.

Desse modo, MOTTA (2004) dialoga com outros autores contemporâneos, como PETERS e WATERMAM (1983), que vêm criticando severamente os modelos racionais de decisão. Eles mostram em seus estudos que a preocupação com o racionalismo leva à paralisia, à complexidade e à dificuldade de inovação. Estes pesquisadores defendem que “as análises racionais são muito complexas para serem úteis; muito pesadas e volumosas para serem flexíveis e muito precisas sobre o desconhecido” (MOTTA, 2004, p.55).

Contudo, pesquisadores como CAMPOS (1998) defende a existência de uma hierarquia decisória nas organizações. As decisões tomadas no nível mais alto da organização condicionam as decisões tomadas ao nível imediatamente inferior.

A mesma autora define as organizações como um conjunto integrado de pontos de decisão (CAMPOS, 1998), com níveis hierárquicos distintos:

- no nível superior predominam as decisões estratégicas que ligam a organização e o ambiente externo. O nível de incerteza é bastante alto. Os métodos de julgamento são baseados na experiência, sensibilidade, intuição e criatividade;
- no nível intermediário as decisões são de integração entre os níveis estratégico e operacional, articulando os horizontes de longo e curto prazo;
- no nível operacional as decisões tendem a serem mais rotineiras e repetitivas. Os problemas são mais estruturados, com um controle maior sobre as variáveis. As decisões são facilmente programáveis, com horizontes de tempo mais curtos. Este nível hierárquico situa-se na base das organizações.

Pesquisas recentes apontam conclusões similares sobre a natureza novelesca da função gerencial. Nesse enfoque o processo decisório é retratado como fluido, variado, fragmentado, de curto prazo e não programável (MINTZBERG, 1976; MOTTA, 2004).

Esta visão contraria a maioria das teorias ensinadas no mundo acadêmico e também se opõe à visão construída em torno do tipo ideal da figura de um executivo bem sucedido.

Os estudos apontam que o executivo enfrenta no dia-dia um conjunto diversificado de tarefas em que se misturam ações de curto e longo prazo, portanto fragmentado. Também é variável o tipo de função ou de intervenção que o executivo exerce em cada tarefa; pouco tem de sistemático e contínuo. É um trabalho variado, desordenado, intermitente, altamente mutável, surpreendente e imprevisível (MOTTA, 2004).

Para MOTTA (2004), duas considerações importantes podem ser abstraídas desses trabalhos: Primeiro, que o processo decisório organizacional é em grande parte um processo fragmentado, em que as ligações entre os problemas e as soluções ocorrem de modo assistemático e quase ao acaso.

Segundo, que o trabalho do executivo moderno é mais diversificado do que se pode imaginar, contrastando com os modelos teóricos construídos com ênfase na formulação de políticas, planejamento e estratégias organizacionais.

Em comparação, JUNQUILHO (2001) estudando o trabalho gerencial menciona uma pesquisa feita por MINTZBERG (1990), que aborda a natureza deste trabalho em contraposição aos preceitos clássicos. O resultado dessa pesquisa aponta para algumas pressuposições folclóricas sobre o trabalho do gerente que, dificilmente, podem resistir a uma observação de caráter empírico-científica, a saber:

Primeiro, que os gerentes têm no planejamento sistematizado uma ferramenta indispensável e freqüente em seu trabalho. A pesquisa mostrou que a realidade é bem distinta e que, na maior parte do tempo, eles são submetidos a uma sobrecarga de atividades inerentes a visitas externas, atendimento a telefonemas, conversas e reuniões informais, continuamente pressionados por demandas de última hora, configurando um gerente que está mais inclinado à ação de cunho imediato e pontual do que àquela planejada e relacionada com médio e longo prazo;

Segundo, que o gerente é aquele que não se envolve com atividades repetitivas. Essa afirmação não é sustentável na prática, tendo em vista que o trabalho do gerente, via de regra, comporta atividades rotineiras, envolvendo

reuniões constantes, negociações, obtenção e processamento de informações do ambiente onde a organização atua.

Terceiro, que o gerente tem como fonte para a tomada de decisão um sistema formalizado de informações estratégicas. Contrastando essa afirmação folclórica, MINTZBERG (1990) escreve que os gerentes preferem buscar informações por: contatos verbais, reuniões formais ou não, telefonemas, boatos, especulações, relatórios rotineiros, correspondências e inspeções “in loco”.

Assim, a teoria contemporânea da decisão gerencial considera a dinâmica presente no contexto organizacional. Parte da idéia de que não há no cotidiano das organizações momentos ou etapas predeterminadas e rotativas para a tomada de decisão.

O que ocorre, de fato, é um processo contínuo e sistemático de identificar e dominar fatores críticos que fazem a diferença no modo de agir da organização, sinalizando a direção para a ação que leva ao alcance de objetivos (MOTTA, 2004).

Portanto, num trabalho contingencial de muitas surpresas e em ambiente de mudanças rápidas, o olhar do executivo competente parece se distanciar da concepção de um processo decisório racional, calculado e dominado por etapas seqüenciais.

O dirigente toma decisões, na verdade, por um processo intuitivo em grande parte inconsciente, levando em conta uma reflexão constante, o hábito e a experiência adquirida, além de considerar o tratamento de dados objetivos, valoriza a percepção de oportunidade temporal e política (MOTTA, 2004).

O processo intuitivo admite que o processo decisório é permeado por fatores emocionais, políticos, de oportunidade e de sensibilidade, e, portanto, incorpora um número maior de variáveis, minimizando a visão analítica racional da decisão, explica MOTTA (2004).

No enfoque intuitivo, o processo decisório organizacional valoriza a análise de informações advindas de canais formais e informais que brotam na organização.

Possibilita desenhar uma visão de futuro alternativo, que mescla a dimensão analítica racional embasada em informações sistematizadas pela organização com uma dimensão intuitiva tecida a partir de informações colhidas em contatos

informais, por seleção de imagens e previsões existentes no ambiente organizacional, interno e externo (MOTTA, 2004).

Entre os autores contemporâneos que valorizam o processo intuitivo como capacidade intelectual indispensável ao gerente competente destaca-se VERGARA (1993), MINTZBERG (2004; 2006), MOTTA (2004) entre outros. Este último menciona em sua obra outros estudiosos que fazem a defesa do processo intuitivo como qualidade e diferencial no trabalho do gerente eficaz, tais como Chester Barnard, Sir Geoffrey Vickers, Cohen, March e Olsen.

De um modo geral o gerente, por princípio, tem razões e lógicas para prosseguir em determinado curso de ação. Ele analisa os objetivos, identifica alternativas, verifica o valor relativo das alternativas enfim, faz escolhas por meio de critérios de maximização da eficiência e eficácia organizacionais. Essa racionalidade substantiva em termos de fins a serem alcançados não será superada, pois faz parte do ideal do dirigente, e não há no mundo da organização do trabalho argumentos contundentes contra a eficácia e a eficiência gerencial (MOTTA, 2004).

Quando se observa a decisão para o alcance dos fins, a abordagem clássica se justifica. A sutileza é que a decisão racional requer um sistema de decisão ou um processo decisório para alcançar os fins.

MOTTA (2004) explica que o processo e não a racionalidade de decidir é que se mostra ilógico, irracional e se torna um obstáculo ao alcance da racionalidade dos fins desejados.

Por isso, quando se estuda a decisão gerencial, o processo é tão importante quanto o fim.

Todavia uma ressalva deve ser feita. As organizações são sistemas sociais pluralistas e carecem de algum grau de controle e coordenação para mantê-los interligados. Como se compõem de subsistemas, um mínimo de aglutinação é necessário para evitar a desintegração (MINTZBERG, 2004; MOTTA, 2004).

Assim, consideradas as contingências na vida organizacional, desordem, caos, ilogicidade, bem como a contradição e ambigüidade da função gerencial, algumas recomendações são sugeridas para a eficácia gerencial no olhar de MOTTA (2004).

Abandonar a concepção de ordenação do meio organizacional é o primeiro indicativo para se romper com o pensamento racional hegemônico.

Estreantes na função gerencial tendem a trazer uma visão estática da função. Aplicação de esquemas predeterminados e rigor a regras e normas são garantias para a eficácia, e a ineficiência é produto do desvio de normas.

Nesse sentido, o primeiro passo para a eficácia gerencial é compreender a dinamicidade da vida organizacional. Nem todos os fatos podem ser enquadrados em regras e normas. Normas são insuficientes e limitadas para direcionar as organizações. É importante relativizar mais as análises dos problemas organizacionais, buscando maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento, para compreender os fatos para além do olhar de um profissional ou de uma unidade da organização.

O aprimoramento da habilidade gerencial acontece quando o dirigente compreende a realidade e é capaz de tomar decisões dispensando análises racionais. Eles passam a ver o ambiente de modo global entendendo sua complexidade e a dinâmica da organização em que trabalha.

Intuir e agir implica em escolhas, às vezes pouco claras e irracionais, marcas de dirigentes eficazes (MOTTA, 2004).

Agir na complexidade implica levar em conta as dimensões de integração e diferenciação do ambiente organizacional.

Busca-se a integração quando se aglutina diferentes olhares para o mesmo problema, minimizando o que MATUS (1996) declara como cegueira situacional. Consideram-se, portanto, múltiplos fatores e envolvem-se pessoas e unidades diversas da organização; todos convergindo para perspectivas verdadeiras e às vezes até contrastando com as do dirigente (MOTTA, 2004).

A capacidade de diferenciação em ambiente complexo implica em acolher as diferenças, considerá-las, ir além das simples associações, analogias e presunções. Saber avaliar as situações e indivíduos, reconhecendo qualidades e fraquezas. O juízo de valor deve ser feito valorizando as qualidades das pessoas e o lado positivo de cada decisão e ação.

A dinâmica organizacional concerne a variações e a temporalidade de valores, objetivos, métodos e estrutura. No plano individual o agir dinâmico implica em ter flexibilidade na definição de objetivos, ambigüidade na ação e diversificação nos métodos de trabalho (MOTTA, 2004).

A flexibilidade na definição de objetivos significa agir considerando futuros alternativos e multiplicidade de objetivos.

Agir na ambigüidade é considerar as contradições da vida organizacional, ao tempo em que aceita e busca informações que contrariam as existentes. Em reuniões, os dirigentes devem escutar mais do que falar, para compreender as idéias e acolher propostas trazidas pelos participantes.

O bom gerente precisa ser um exímio conversador. Ele dialoga com todo tipo de gente, em todas as linhas da organização e fora dela. Não possui uma agenda pré-planejada, mas reativa; adaptada às condições do momento (KLIKSBURG, 1994).

Assim, valorizar propostas aparentemente tolas tanto quanto as racionais, para buscar novas idéias e novos horizontes é uma perspectiva que faz diferença.

A diversificação de métodos de trabalho remete à autonomia profissional e as formas de ação gerencial. Cada pessoa pensa e age diferente e pode desenvolver métodos próprios de trabalho, o que pode levar à maior eficiência do que propostas predefinidas. Visto por este prisma, a diversidade pode ser uma vantagem, estimulando a produtividade e não o contrário (MOTTA, 2004).

O dinamismo e a complexidade nas organizações modernas têm um forte componente de contradições, desordens e irracionalidade, o que não impede o progresso das mesmas; podem ser positivas para o desenvolvimento empresarial, conforme estudos recentes da gestão contemporânea.

Concordando com Caroline Brun, citada por MOTTA (2004), saber agir na desordem e no caos pode produzir ajustes e harmonização em ambientes altamente mutáveis.

Desse modo, a aceitação do ilógico e irracional, como recursos à eficácia gerencial, ratifica MOTTA (2004), não significa a negação das dimensões racionais já validadas nas teorias gerenciais, nem a síntese entre posições opostas, mas um maior equilíbrio entre os recursos gerenciais disponíveis à ação da gerência moderna.

As contradições típicas da realidade organizacional não carecem ser resolvidas para gerar eficácia gerencial, busca-se uma convivência com os paradoxos da realidade organizacional. Tais paradoxos não são necessariamente dialéticos e admitem elementos contrários como verdadeiros e pode levar a maior flexibilidade gerencial, não observado em sistemas lineares (MOTTA, 2004).

A habilidade gerencial, portanto, consiste em aproximar e aceitar os paradoxos e as contradições presentes na realidade e distanciar-se de um pensamento exclusivamente linear e racional.

A criatividade e inovação nascem desse exercício. De uma gerência flexível sensível à redução de conflitos e tensões, pela valoração dos paradoxos organizacionais.

A realidade contemporânea altamente mutável, variável, permeada de contradições e paradoxos, requerendo respostas rápidas, quando tratada por métodos racionais exclusivos, revela que estes não são suficientes para alcançar a direção desejada.

A utilização da intuição como recurso para eficácia gerencial tem relevo nas discussões atuais e parece ser uma capacidade que necessita ser mais desenvolvida enquanto um componente agregador entre as habilidades de um gerente eficaz (VERGARA 1993; MOTTA, 2004; MINTZBERG, 2004, 2006).

Segundo MINTZBERG (2004), a sugestão para se desenvolver uma capacidade intuitiva implica em maior lateralidade do pensamento, o que requer dos dirigentes uma diversificação de suas atividades pessoais e profissionais.

Implica no exame contínuo de suas experiências de vida abrindo espaço para novos valores e prática. Experimentar o inusitado, questionar o óbvio e desafiar o comum são algumas atitudes que podem fazer a diferença numa ação gerencial eficaz.

Feitas estas considerações, apresentadas as diversas correntes de pensamento sobre o processo decisório organizacional, cabe então decidir aquelas que clarifiquem o estudo em questão.

Como passo inicial tomou-se como referência a Estrutura Básica da Tomada de Decisão construída por MINTZBERG et al. (1976), na perspectiva de analisar a tomada de decisão para a hipertensão arterial investigando como ocorre o processo decisório para essa condição crônica, nos espaços de gestão de um Sistema de Serviços de Saúde.

Dessa matriz analítica foram selecionados alguns elementos importantes, e detalhados no percurso metodológico, posteriormente.

MINTZBERG et al. (1976) delineiam uma matriz para tomada de decisão, onde definem fases e rotinas que permitem observar as decisões, considerando o estímulo que as provocou e outros elementos relevantes no percurso para estudá-las.

Os autores decompõem a matriz em três fases: a) Identificação; b) Desenvolvimento; c) Seleção. Estas fases são desdobradas e descritas em sete rotinas principais e três rotinas acessórias, como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1 - Estrutura Básica de Tomada de Decisão**

Fase 1 (Identificação)	Fase 2 (Desenvolvimento)	Fase 3 (Seleção)
Rotinas principais	Rotinas principais	Rotinas principais
1. Reconhecimento da decisão: oportunidade, problema, crise	3. Procura	5. Seleção
2. Diagnóstico	4. Formulação	6. Avaliação-escolha: julgamento, negociação, análise
		7. Autorização
Rotinas Acessórias		
1. Controle da Decisão	2. Comunicação: exploração, investigação, disseminação	3. Rotina política

Fonte: Construção da autora, adaptado de MINTZBERG et al., 1976.

a) Fase de Identificação: compreende duas rotinas importantes: 1 - Reconhecimento da Decisão, na qual o estímulo que desencadeia a decisão é motivado por oportunidades, problemas e crises. Estes estímulos são provocados e motivam a decisão; 2 - Diagnóstico, quando a gerência procura compreender o estímulo inicial e define o relacionamento causa-efeito para a situação de decisão.

Na rotina de Reconhecimento da Decisão, a maioria das decisões, particularmente as estratégicas, não se apresenta a quem decide de maneira óbvia. Os tomadores de decisão sempre recebem os problemas e oportunidades e tentam identificá-los em meio a uma multiplicidade de dados ambíguos e em grande parte

verbais. Os tipos de decisões nesta rotina podem ser classificados como: decisões de problemas, que requerem mais de um estímulo; geralmente quando os tomadores de decisão querem sentir a situação antes de tomar uma atitude; decisões de oportunidade, invocadas por um estímulo ou uma simples idéia e as decisões de crise, que são geralmente desencadeadas por um único estímulo, aparecendo de repente e requerem uma atenção imediata. As organizações tendem a reagir aos problemas e a se esquivar mais das incertezas, do que a procurar oportunidades que ofereçam risco. O processo de decisão estratégica compreende tanto a exploração de oportunidades como a reação a problemas e crises.

Na rotina do Diagnóstico, obtêm-se os canais de informação e a abertura de novos canais a fim de esclarecer e definir os assuntos envolvidos.

b) Fase de Desenvolvimento: nesse momento são consumidas grandes quantidades de recursos destinados à decisão. São descritas em duas rotinas básicas: 3 - Procura, utilizada a fim de encontrar soluções já prontas. 4 - Formulação, utilizada para desenvolver soluções especiais ou para modificar as já prontas.

c) Fase de Seleção: considerada a última etapa no processo de decisão. Esta fase deve ser um processo de vários estágios, interativos, levando a investigações cada vez mais profundas das alternativas. Um processo de decisão pode agregar um grande número de etapas de seleção. Muitas delas totalmente envolvidas pela fase de desenvolvimento, já que esta pode compreender a subdivisão de uma decisão em uma série de subdecisões, cada uma requerendo pelo menos uma etapa de seleção. Nesta fase estão englobadas três rotinas: a de Seleção, Avaliação - Escolha e Autorização.

5 – A rotina de Seleção é necessária quando se espera que seja gerado um maior número de alternativas prontas para serem cuidadosamente avaliadas, com maior preocupação em eliminar o que é impraticável do que determinar o que é apropriado. Procura achar alternativas que nunca foram usadas antes, inapropriadas, e reduzi-las a um menor número, de modo que possam ser guardadas e posteriormente manuseadas por tomadores de decisão que têm seu tempo limitado.

6 - A rotina de Avaliação - Escolha, abrange três formas distintas: julgamento, negociação e análise. No julgamento, o indivíduo faz uma escolha por si só, baseado em procedimentos que ele não explica e talvez nem possa explicar. Na

negociação a seleção é feita por um grupo de tomadores de decisão com sistemas de objetivos conflitantes, cada um exercendo o seu julgamento. Na análise é feita uma avaliação dos fatos, geralmente por tecnocratas, seguida por uma escolha feita pela gerência, por um julgamento ou negociação.

7 – A rotina de Autorização, quando o indivíduo que faz a escolha não tem autoridade para comprometer a organização a um curso de ação. A decisão deve seguir um grupo de aprovação fora da organização em si, mas que tenha autoridade para vetá-la ou legitimá-la (no caso de organizações privadas são os patrocinadores, nas organizações públicas municipais a Câmara de Vereadores).

Além das sete rotinas descritas anteriormente, MINTZBERG et al.(1976), propõem três grupos de rotinas acessórias que apóiam as fases centrais do processo decisório: controle de decisão, comunicação e a rotina política

As rotinas de controle da decisão orientam o próprio processo de decisão. As rotinas de comunicação fazem a entrada e saída de informação necessária para manter o processo de decisão e subdividem-se em: *rotina de exploração*, que é a procura de informações; *rotina de investigação* que significa uma procura mais concentrada, com pesquisa de informações com finalidades específicas; e *a rotina de disseminação*, que corresponde às atividades de fluência da decisão.

Estas rotinas indicam o progresso da decisão, pois quanto maior o número de pessoas envolvidas ou interessadas na decisão, mais tempo é dispensado pelos tomadores de decisão para comunicar e disseminar quanto ao seu progresso (CORNELIO, 1999).

Finalmente a rotina política. É um elemento chave na decisão, pois reflete a influência dos indivíduos que procuram satisfazer suas necessidades pessoais e institucionais através das decisões tomadas na organização. As rotinas políticas podem ou não pertencer à organização, mas esta certamente será afetada por seus resultados. Suas atividades políticas podem esclarecer os relacionamentos de influência na organização; podem também ajudar a trazer concordância geral e a mobilizar as forças existentes para a implantação das decisões.

Para melhor compreensão da rotina política incorporou-se um conjunto de táticas políticas sintetizadas no trabalho de BATAGLIA e YAMANE (2004),

destacando-se: *autoridade superior, sanções, criação de senso de urgência, salvaguarda, asserção, barganha, cooptação, coalizão, amizade e persuasão.*

A *autoridade superior* é uma tática política utilizada a fim de se obter apoio de níveis mais altos na organização para dar respaldo a pedidos.

*Sanção* é o uso de recompensas e punições derivadas da organização, como impedir ou prometer um aumento de salário, ameaçar uma avaliação de desempenho insatisfatória ou reter uma promoção.

A *criação de senso de urgência* ocorre quando se usa de fatos e dados para criar no grupo senso de importância do momento vivido.

A *salvaguarda* implica em evadir-se de situações que possam refletir desfavoravelmente.

*Asserção* se faz pelo uso de uma abordagem direta e forte, tal como a exigência de concordância com pedidos, a repetição de lembretes, mandarem indivíduos fazerem o que lhes é pedido e indicar que regras exigem obediência.

A *barganha* é uma decisão em grupo por consenso quando existem interesses próprios.

A *cooptação* busca envolver os atores-chave na decisão para reduzir resistências futuras, bem como a participação dos dissidentes visando também diminuir resistências.

A *coalizão* implica em conseguir o apoio de outras pessoas na organização para dar respaldo ao pedido.

A *amizade* como tática política se dá pelo uso de adulação, da criação de boa vontade, do agir de modo humilde e amigável antes de realizar um pedido.

Por fim, a *persuasão* utiliza-se de fatos e dados para fazer uma apresentação lógica ou racional de idéias. Diz respeito a disseminação de informações sobre a solução encontrada com o objetivo de diminuir resistências.

Em estudo mais recente, MINTZBERG (2006) comenta que o processo decisório se movimenta por meio de ciclos de decisão. Portanto, não há uma progressão contínua e sem distúrbios de uma rotina para outra; o processo é dinâmico funcionando em um sistema aberto, sujeito a interferências, retorno das informações ou finalizações súbitas.

Há ainda duas outras questões importantes do processo decisório a serem consideradas.

A primeira refere-se à demora de retorno das informações. Fato previsto, pois cada etapa do processo decisório demanda tempo e requer uma reação.

A segunda, quanto a possíveis atrasos e acelerações de acordo com a ocasião. Os gerentes podem acelerar ou retardar propositadamente um processo de decisão e aproveitar certas circunstâncias para esperar apoio ou melhores condições; ou para sincronizar o processo com outra atividade. Para usarem a surpresa, tentam escolher a ocasião para o início das etapas de decisão, a fim de facilitarem a sua execução, salientam MINTZBERG et al. (1976).

É importante ressaltar que os fatores integrantes do processo decisório devem ser considerados como um conjunto indissociável, já que as relações existentes entre vários deles formam estruturas cambiantes. É essa visão integrada que possibilita notar os efeitos que essas estruturas de relações causam, o sentido da decisão que será analisado.

A racionalidade organizacional insinua a possibilidade de domínio de fatores incontroláveis e uma forma de eliminar riscos e incertezas. Para enfrentar a irracionalidade e a incerteza do dia-a-dia parece razoável conceber a organização como um ente racional. No entanto, tem-se que salientar os limites da perspectiva organizacional e se considerar outros fatores dinâmicos que possam contribuir para uma melhor compreensão do processo decisório organizacional.

Segundo MINTZBERG et al. (1976), os pesquisadores do campo da administração têm estudado mais sobre as decisões operacionais de rotina, porque estas são mais acessíveis a uma descrição precisa e análise quantitativa do que as decisões políticas, que os autores definem como decisões estratégicas desestruturadas, e que SIMON (1970) descreve como decisões não-programadas.

Em consequência, há escassa literatura que destaca os níveis mais elevados das organizações e maior parcela de trabalhos no nível mais operacional (MINTZBERG et al., 1976; CORNELIO, 1999).

Nessa direção, trabalhos que buscam compreender a dinâmica do processo decisório observando os estratos macro, meso e da micro gestão de uma organização de saúde são praticamente inexistentes.

## **2.2. POLÍTICA E GESTÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE**

O mundo contemporâneo vive uma crescente epidemia de problemas crônicos de saúde (OMS, 2003). Estes problemas decorrem das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, demandando um aumento das despesas com atenção médica hospitalar, o que leva os gestores dos sistemas e serviços de saúde a deparar-se com o desafio de encontrar soluções para a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde.

Nos diferentes países, independente da situação econômica, os tomadores de decisão em política e serviços de saúde enfrentam um futuro semelhante e incerto no que se refere aos cuidados para os problemas crônicos. Tais desafios compreendem desde apoiar uma mudança na forma de pensar o tratamento das condições crônicas até o de assegurar um financiamento consistente.

Entretanto, as soluções a serem utilizadas para enfrentar os problemas do sistema de saúde podem diferir em razão das escolhas serem fundamentalmente políticas, como a garantia de financiamento, que resultam dos antecedentes históricos de cada país; dos valores culturais e sociais; do poder político das diferentes forças sociais vinculadas à saúde (ALMEIDA et al., 2003) e dos modelos de gestão adotada nos diversos espaços dos sistemas e serviços de saúde.

Assim, o sucesso na reorientação dos sistemas e serviços de saúde, além da garantia de financiamento, implica conceber um modelo de gestão, ou seja, uma forma de definir prioridades e de tomar decisão, que possibilite, a partir de uma orientação informada, da negociação política e do grau de comprometimento dos gestores, imprimirem nova direcionalidade na gestão da atenção à saúde, valorizando para além da condição aguda, a condição crônica.

No campo da saúde, as políticas públicas integram o âmbito da ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua missão, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCHESE, 2004).

Os contextos onde ocorrem as políticas públicas de saúde refletem um movimento de reforma sanitária, que vem acontecendo no mundo todo. Tem sido um

fenômeno global, atingindo as diferentes sociedades e desenvolvendo-se com velocidades diferentes nos diferentes Sistemas de Saúde. Tanto nos Sistemas de Saúde quanto nos Sistemas de Serviços de Saúde.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde 2000, o sistema de saúde é a estrutura que abrange todas as atividades voltadas, basicamente, à promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde. “São sistemas amplos e englobam os pacientes, famílias, trabalhadores de saúde, prestadores de assistência em organizações e na comunidade, bem como a política de saúde na qual se desenvolvem as atividades relacionadas com a saúde” (OMS, 2003, p.33).

Desse modo, importa distinguir o Sistema de Saúde (SS) do Sistema de Serviços de Saúde (SSS).

O primeiro (SS) é mais abrangente e se refere à saúde em sentido amplo, ou seja, abarca as manifestações objetivas das condições de vida de uma população, e resulta da ação intersetorial de diferentes sistemas com complexidades diversas. O segundo (SSS) faz parte de um SS, mas sua ação se efetua internamente ao setor saúde, nas instituições prestadoras de serviços, embora ocorram influências importantes de elementos externos a eles, tais como as instituições geradoras de recursos, conhecimentos e tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria de insumos e medicamentos (ALMEIDA et al., 2003).

Para GARCIA (2001) a gestão sanitária é parte central das reformas do setor saúde, tanto na América Latina como no mundo, sem fazer distinção entre o setor público e o privado.

Na América Latina tem-se observado que praticamente todos os países vêm realizando reformas em seus Sistemas de Saúde nas últimas décadas e em muitos destes verificam-se avanços no uso de ferramentas e nos modelos de gestão adotados (GARCIA, 2001).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se como um Sistema de Serviços de Saúde (SSS) e, portanto, mais restrito, interno ao setor saúde, constituindo um sistema de instituições prestadoras de serviços (MENDES, 2001).

O texto constitucional determina que o SUS funcione por meio de uma rede descentralizada, regionalizada, hierarquizada e consoante às diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento

integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 2006).

O SUS compreende um modelo público de prestação de serviços e ações de saúde, com princípios fundamentais e participação de gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuários (NORONHA et al., 2004).

Quanto as funções gestoras do SUS, conceitua-se a *gerência* como a administração de uma unidade ou um órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS; e a *gestão* é compreendida como atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) abrangendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (CONASS, 2003).

Os gestores do SUS são representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária à implementação de políticas na área da saúde (Souza citado por CONASS, 2003; NORONHA et al., 2004).

Sumariamente são identificadas quatro macro funções gestoras na saúde: formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e prestação direta de ações e serviços de saúde .

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado, pois busca fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde. Propõe uma estreita relação de atuação e decisão entre gestores do sistema em cada nível de governo (federal, estadual e municipal) e instâncias colegiadas de negociação e decisão: a comissão inter gestora tripartite (CIT), as bipartites (CIBs), e os conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito estadual (CONASS) e municipal (CONASEMS); configurando assim o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS (NORONHA et al., 2004).

Para VASCONCELOS (2006), há uma intrincada relação entre a política e a gestão no SUS. No entanto, esta relação é demarcada correntemente pela distinção clássica entre os termos política e administração. A política como sendo o espaço de tomada de decisão dos governantes ou dos dirigentes por estes designados e a administração como o lócus onde as decisões são implementadas e ganham materialidade pela ação da burocracia estatal.

Nesta lógica, a burocracia, representada pelo conjunto organizado de servidores estatais, agiria por designação desprovida de vontade própria. (VASCONCELOS, 2006). Uma burocracia mecanizada, como menciona MINTZBERG (2006).

Por definição, como já enunciado anteriormente, a política pode ser expressa como a arte de bem governar os povos ou como o conjunto de objetivos que enformam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução; enquanto que a gestão como ato de gerir, gerência, administração (FERREIRA, 2004).

No entanto, VASCONCELOS (2006) argumenta que na prática, de fato, ocorre uma superposição entre as idéias de governo, direção e administração e que a distinção se faz apenas no âmbito da ação. A política se aplicaria ao Estado ou Nação e a gestão a outros espaços da administração. No entanto, devido ao caráter polissêmico desses conceitos, essa distinção é limitada.

A política pode ser referida como arena de mobilização e disputa entre sujeitos e governo na detenção de poder. Se expressa como a investidura no comando do executivo, das representações legislativas, direção de entidades e instituições públicas.

Nesse enfoque, a política se expressa como uma construção social feita por sujeitos políticos que têm forças e limitações e desatam processos de decisão a partir de fontes sociais (BIRNER e WITTMER, 2002).

Também diz respeito à ação do Estado, na provisão e regulação de bens coletivos, como é o caso da política de saúde e que figura entre as políticas sociais do Estado.

Já o termo gestão, como dito a priori, é sinônimo de gerência e de administração. Tem assumido significados diferentes, tanto em função do âmbito

(público ou privado) em que ocorre como das características (culturais ou lingüísticas) manifestas nas organizações.

O termo administração esteve tradicionalmente ligado à coisa pública, enquanto que o termo gerência aos negócios privados (MOTTA, 2004).

O conceito mais contemporâneo atribui à gestão à idéia de formulação de estratégia, definição de rota, condução, direção e governo das organizações públicas ou privadas. A gerência ou administração corresponde ao “espaço de implementação das decisões e o manejo cotidiano da produção de bens e serviços” (VASCONCELOS, 2006, p.51).

Na compreensão de CAMPOS (2003) gestão pode ser uma maneira de agir no cotidiano para suscitar mudanças nos processos de subjetivação.

Gerir implica em coordenar e motivar pessoas de uma organização para atingir as finalidades desta. Em saúde podem distinguir-se três tipos de gestão: a gestão sanitária macro (gestão política), a gestão sanitária meso (gestão institucional) e a gestão sanitária micro (gestão clínica), alude RUBIO (1999).

Concordando com MERHY (2005), em se tratando de saúde, governa desde o porteiro de qualquer unidade de saúde, perpassando pelo conjunto de profissionais de saúde, até atingir o dirigente maior do sistema e do serviço saúde.

Significa que, cada qual, por seu turno, governa em uma organização. A diferença é que uns governam com G “maiúsculo”, especialmente aqueles que estão em posição de alta direção; enquanto os outros, que estão inseridos nos demais espaços decisórios governam com g “minúsculo” (MATUS, 1996; MERHY, 2005).

Contudo, a diferença prevalecente no discurso normativo do SUS, que distingue o gestor do sistema do gerente do serviço, não está em relevo no presente trabalho. Para efeito desta argumentação filia-se ao pensamento de MOTTA (2004) e FERREIRA (2004) que atribuem à gestão e gerência o mesmo significado, denotando decisão e ação.

Assim, as decisões sejam elas políticas, técnicas ou administrativas, são o principal propósito e produto da gestão em saúde (MIRANDA, 2005).

A relação entre política e gestão no SUS tem diferentes contornos. Sugere freqüentemente uma “disjunção” entre a formulação e o momento da implementação da política. Também procura separar as determinações do sistema político e o

cotidiano das organizações na produção de serviços em que a dimensão técnica é realçada (VASCONCELOS, 2006).

Insistir nessa separação não facilita compreender a dinâmica da política, nem a dinâmica da gestão das organizações públicas. O que se percebe no cotidiano do Sistema de Serviços de Saúde é que há um “imbricamento”, uma conjunção entre política e gestão. Vigora um jogo de interesses e de detenção de poder que permeia os diferentes espaços de decisão, da macro à micro política (VASCONCELOS, 2006).

Romper com essa dicotomia implica em compreender primeiramente o percurso na construção do SUS, que tem como marca uma realidade histórica de luta política sustentada por atores sociais, que conseguiram inserir na agenda setorial do Estado uma proposta de reforma sanitária orientada pelos princípios de universalidade, integralidade e participação social, referendado no texto constitucional.

Durante a constituinte, em 1988, por pressão da sociedade civil e dos movimentos de esquerda, fortaleceu-se uma frente parlamentar capaz de introduzir no texto constitucional, no título VIII - Da Ordem Social, um capítulo sobre a Seguridade Social. No seu artigo 194, a Constituição conceitua e estabelece os princípios da seguridade social, compreendendo um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 196 versa sobre a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, os quais devem ser garantidos mediante a consecução de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (NORONHA et al., 2004).

A ação política do movimento sanitário influenciou a ação dos partidos políticos na temática sobre saúde, abrindo espaço para inclusão do debate sanitário na agenda legislativa, o que contribuiu para que a política de saúde ganhasse status de política de Estado.

No entanto, a conformação do Estado brasileiro, construído com forte traço conservador, patrimonialista, elitista e clientelista, contraria frontalmente o ideal

sanitário; o que tem dificultado a efetivação da política de saúde em curso, embora consignada no texto constitucional (PAIM, 2006; VASCONCELOS, 2006).

Os avanços e as conquistas do SUS desde a sua implantação são inquestionáveis, porém o grau de intransparência na condução do sistema ainda é grande e baixa a capacidade das instâncias de participação social em influenciar as decisões importantes do sistema (VASCONCELOS, 2006).

As atitudes de indiferença da maioria dos indivíduos em relação à política, as crenças instituídas e a hegemonia dos grupos tradicionais sobre as instituições públicas influenciam sobremaneira a definição das agendas de saúde, tanto na definição da política de saúde como na alocação de recursos na esfera loco-regional (VASCONCELOS, 2006).

Percebe-se uma tendência central na escolha dos gestores e dos gerentes em função do seu pertencimento e inserção nas redes sociais e sua articulação no sistema político, contribuindo para que o sistema de serviços de saúde seja operado na perspectiva da perpetuação dos interesses de grupos dominantes.

Nessa direção, DUSSAULT (1992) alerta que as organizações de serviços públicos são mais suscetíveis à influência política. Significa que elas são dependentes de contextos sócio-políticos, pois embora possuam autonomia na gestão de seus negócios, têm mandato governamental, o que caracteriza que seus objetivos são pré-fixados em ambiente externo ao setor que gere. Contata-se, por vezes, uma contradição entre a dimensão técnica e os objetivos políticos propostos.

A inversão dessa lógica depende da organização e fortalecimento de grupos sociais a favor dos princípios do SUS e das alianças estabelecidas com os trabalhadores da saúde do setor público, para acionarem os recursos legais, numa coalizão em defesa da vida e da cidadania.

Para VASCONCELOS (2006), o desempenho do sistema está ameaçado, pois embora tenham ocorrido avanços na configuração do sistema, via competência técnica/ política dos dirigentes e da burocracia sanitária, estes não foram suficientes para vencer a inércia institucional preponderante nas administrações estaduais e municipais.

O traço deixado pela herança clientelista, patrimonialista e privatista, que atravessa o campo da política partidária e invade o mundo da gestão pública, é tão

forte que condiciona a relação com a sociedade, pela detenção de poder de grupos de maior ascensão social, os quais pela barganha política garantem seus interesses nas organizações estatais (VASCONCELOS, 2006).

As reformas do Estado, orientadas pela busca da eficiência através da utilização de teorias gerencialistas e inspiradas nas idéias neoliberais também demonstraram seu fracasso, ameaçando o desempenho do sistema. A dinâmica corporativa que influencia a lógica organizativa e o funcionamento dos serviços de saúde, segundo VASCONCELOS (2006), “completam esse quadro de quase ingovernabilidade vigente na maioria dos serviços de saúde” (p.62).

Assim, nas organizações de saúde impera uma lógica organizativa condicionada pela tradição patrimonialista que alterna entre uma burocracia conservadora alheia aos pleitos de cidadania e uma informalidade amadora avessa à racionalização, ambas permeáveis aos interesses de grupos hegemônicos em cada contexto específico. Nesse cenário predominam padrões de gestão em que a racionalidade instrumental está a serviço da conservação do “status quo” e não de uma racionalidade que venha a melhorar o desempenho do sistema e dos serviços na atenção à saúde da população (VASCONCELOS, 2006).

Percebe-se um baixo investimento na gestão de pessoas, pelo pouco desenvolvimento de políticas específicas de valorização e reconhecimento dos profissionais para melhorar seu desempenho, que reforçam as práticas, saberes e poderes vinculados à formação e ao exercício profissional, conferindo a essas organizações particularidades e exigências que tornam a gerência bastante complexa (DUSSAULT, 1992).

Nessa perspectiva, o propósito do SUS em redirecionar os modos de atenção invertendo a lógica curativa é prejudicado. Esbarra na exagerada autonomia profissional e na força de reprodução dos modelos de exercício profissional, pautados na atuação individual focada na intervenção curativa sobre os indivíduos, em detrimento do trabalho em equipe e de ações dirigidas à coletividade, que combinem intervenções no campo da promoção, da prevenção, da cura e da reabilitação (PAIM, 1998; MENDES, 2001; MINTZBERG, 2006; VASCONCELOS, 2006).

No âmbito da micro gestão, VASCONCELOS (2006) observa que as unidades de saúde (hospitais, centros de saúde e unidades especializadas) desenvolvem funções gerenciais semelhantes ao padrão de desempenho observados no nível da macro gestão do sistema.

No discurso em saúde as ações desenvolvidas embora contenham um caráter integral e intersetorial, na realidade, são marcadas pela parcialidade e fragmentação do setor. As relações de poder, o micropoder, o verticalismo e a burocracia são alguns dos fatores que conspiram contra uma atuação mais efetiva dos gerentes dos serviços de saúde (MANDELLI e FEKETE, 1997; CECÍLIO e MENDES, 2004).

A gerência, como uma função de condução, expressa a capacidade em promover consenso e articular interesses e esforços com a finalidade de alcançar objetivos estabelecidos (MANDELLI e FEKETE, 1997).

O conceito de processo gerencial contém em sua essência a noção de responsabilidade pela condução, que implica em conferir direcionalidade às ações, através da negociação política. Esta característica política mais acentuada deve-se ao fato de que, no exercício da função de condução, predominam aspectos ligados à tomada de decisão (MANDELLI e FEKETE, 1997), numa perspectiva política.

Nesse prisma, pode-se inferir que há uma dificuldade de condução que permeia os três níveis do sistema, assim como os diversos estratos da gestão (macro, meso e micro). Dificuldade esta que tem sido uma questão central no debate contemporâneo, em função do modelo organizacional hegemônico pautado na hierarquização, na fragmentação e na departamentalização dos órgãos de governo e das unidades do setor saúde (MENDES, 2001, 2005; PAIM, 2006; VASCONCELOS, 2006).

As funções gerenciais são “levadas” como atividade secundária e de menor importância. Muitas vezes esta função é ocupada por profissional sem qualificação gerencial, escolhido por interesse familiar ou indicação política partidária, desconsiderando critérios de competência (VASCONCELOS, 2006), o que corrobora para escolhas de profissionais despreparados, menos envolvidos com a qualidade e a finalidade da organização de saúde.

Os serviços de saúde têm como finalidade elevar o gradiente de saúde da população, sendo este um objetivo tanto político quanto técnico (DUSSAULT, 1992).

Para atender esse fim, o desempenho das equipes de saúde carece de uma gestão mais flexível, com capacidade de construir sua própria identidade, através de uma reflexão estratégica quantos aos seus objetivos alinhados aos da organização (MOTTA, 2001).

No entanto, VASCONCELOS (2006) observa que o cotidiano da gerência dos serviços de saúde imprime uma realidade aquém do desejado, reduzindo-se em atividades meramente rotineiras, em promover o registro de dados, executarem ações programáticas pré-estabelecidas, exercer algum controle sobre o trabalho, mas com pouca inserção nos processos de trabalho.

Nesse sentido, nas equipes de saúde da família a tendência é semelhante. Estudos têm demonstrado que as funções gerenciais fazem parte do escopo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros (TEIXEIRA, 2002; VANDERLEI, 2005) e incidem, na prática, predominantemente sobre estes profissionais, que assumem uma posição de liderança gerencial com contornos semelhantes aos apresentados anteriormente.

Liderança e capacidade para lidar com conflitos são atributos pouco habituais nos gerentes do sistema de saúde (VASCONCELOS 2006) e que dificultam o desempenho das equipes de saúde (MOTTA, 2001).

A utilização de ferramentas de gestão, como o planejamento e a informação, para tornar as organizações de saúde mais flexíveis ainda é muito incipiente.

Contudo, há experiências exitosas no âmbito municipal que demonstram a possibilidade de sucesso quando se alia a força dos trabalhadores à gestão, num processo co-participativo de gestão (CAMPOS, 2000), de decisão compartilhada.

A produção das ações de saúde a partir de uma rede de relações objetivas e subjetivas dos trabalhadores e gestores/gerentes, convocados a lidar com os poderes, os saberes e os afetos no cotidiano do trabalho (VASCONCELOS, 2006), parece ser um caminho.

É o que pretende imprimir o Método da Roda. Este se propõe a trabalhar na perspectiva da constituição de coletivos organizados, o que implica na construção de

capacidades de análise e de co-gestão para que o conjunto de pessoas (agrupamentos) lide com a produção de bens e serviços e com sua própria constituição. A construção da autonomia entre os trabalhadores é valorizada, combinando compromisso social com liberdade (CAMPOS, 2000).

VASCONCELOS (2006) assevera que não faz sentido separar o mundo da política do universo da gestão; como também não contribui separar a política da técnica.

Seu argumento sustenta que a política é intrínseca ao processo de formulação e implementação das políticas pública e permeável aos interesses dos sujeitos em disputa no processo de gestão do sistema e dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2006). A política forma fluxos de gestão e, portanto de decisão, que medeiam a macro/micropolítica como em qualquer processo que envolve a ação do Estado enquanto agente regulador da ação social, na alocação e distribuição de bens coletivos.

Separar a política da técnica também não coaduna, porque embora pertençam a núcleos de saberes diferentes, “produzem relações sociais em que a política se insere como a arte de governar e de mediar conflitos e se manifesta nos processos de condução e assim fluem de maneira recursiva uma sobre a outra nos vários contextos organizacionais” (VASCONCELOS, 2006, p.66).

Nessa linha de pensamento é possível complementar que os gestores do SUS atuam em duas dimensões conectadas, a dimensão política e a dimensão técnica. A atuação política se expressa pelo contínuo relacionamento com outros atores sociais nos diferentes espaços de negociação e decisão; e a atuação técnica do gestor do SUS é permeada constantemente por variáveis políticas e se concretiza pelo pleno exercício das funções gestoras na saúde (NORONHA et al., 2004).

As funções gestoras contribuem para que os serviços de saúde cumpram com sua finalidade maior em elevar o gradiente de saúde da população, sendo este objetivo tanto político, quanto técnico.

Nessa direção pode-se ousar argumentar que política (formulação), gestão (condução) e técnica (implementação, operacionalização) são elementos conectados e que implicam em processos de decisão.

Porém, os processos decisórios fluem assistematicamente nos contextos organizacionais, em movimentos descontínuos, ilógicos e muitas vezes distantes da racionalidade instrumental tradicional desejada (MOTTA, 2004).

Há que se destacar ainda a importância do papel social frente as situações de desigualdades de acesso aos bens públicos; o que impõe a necessidade do papel regulador por parte do Estado, de modo a alcançar modelos de atenção integral, acessíveis e de boa qualidade, fundamentados na prática coletiva de acordo com o conhecimento acumulado pela sociedade. Por seu turno os atores sociais têm o desafio em conquistar espaços coletivos favoráveis a prática social.

A superação das práticas condenáveis (clientelista, corporativista, patrimonialista) diz respeito, sobretudo ao fortalecimento do processo democrático, que envolve uma efetiva participação cidadã e das sociedades organizadas (PAIM, 2006).

Nessa direção, o SUS, tratando-se essencialmente de uma política pública, possui direcionalidade explícita e vocação democrática. Sua gestão, na perspectiva popular, pode ser compreendida como “prática social de gente, com gente e para gente; com seus métodos, modos e meios acessórios” (MIRANDA, 2005, p.5).

Numa visão de futuro os avanços no sistema de saúde brasileiro poderão ser consolidados se houver investimentos na criação de mecanismos de controle públicos de petição e prestação de contas para conter práticas clientelistas (VASCONCELOS, 2006).

O uso de tecnologias como as caixas de ferramentas gerenciais (MERHY e ONOCKO, 1997; MERHY, 2004) como possibilidade de auxílio à construção de uma gestão mais adequada e flexível no cotidiano das organizações de saúde, parece ser uma boa aposta.

Esse kit de ferramentas deve conter tecnologias que favoreçam a ação no campo da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho, onde o saber emerge como tecnologia central; não só para o gestor em saúde, mas reconhecendo que os outros participantes também sabem e, portanto, governam (decidem) de algum modo (MERHY, 2004).

Assim, o uso inteligente de tecnologias de gestão pode auxiliar no redesenho dos sistemas de saúde no sentido de adequá-los para responder as necessidades eminentes da população, entre elas as condições crônicas de saúde.

### **2.2.1. OS SISTEMAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO A UMA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE**

Uma pesquisa recente da OMS (2003), sobre a importância das políticas de saúde, revelou que em grande parte do mundo, os governos não possuem políticas preventivas ou de gerenciamento para doenças não transmissíveis, enquanto uma condição crônica de saúde.

Entre os países que possuem políticas e planos voltados a uma ou mais condições crônicas, os problemas são comuns. Percebe-se a inexistência de um quadro legislativo coerente; o desenvolvimento de políticas e projetos de saúde são obsoletos, observados pela utilização de dados epidemiológicos desatualizados e um forte enfoque biomédico e na contenção de gastos.

Nesse sentido, as decisões governamentais têm investido de modo equivocado. Constroem agendas voltadas aos interesses de financiadores, sofrem influência indevida de grupos profissionais e da indústria privada, colocam ênfase nas intervenções de cunho biomédico em detrimento de estratégias de baixa tecnologia. Os sistemas de financiamento são fragmentados; os incentivos para os provedores são desordenados; os padrões e o monitoramento são insuficientes. Ferramentas gerenciais como a acreditação, o monitoramento e a garantia de qualidade, que estão à disposição dos sistemas de saúde e dos governos, são raramente utilizadas em sua amplitude. Há falta de educação continuada; os vínculos intersetoriais são ignorados para além do setor formal de saúde, não englobando os grupos comunitários, as organizações não governamentais e outros setores públicos, como a agricultura, transporte, educação e trabalho (OMS, 2003).

Face ao exposto é importante atualizar o conceito sobre as condições crônicas de saúde, apropriar-se de uma nova definição; como também discutir sobre o

descompasso dos sistemas de saúde, que estão desconfigurados, débeis para enfrentar os problemas de saúde emergentes.

As condições crônicas são problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por períodos prolongados e que podem perdurar por vários anos ou décadas (OMS, 2003).

Elas englobam diferentes categorias de doenças, entre as transmissíveis, não transmissíveis e que aparentemente poderiam não ter relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis como o HIV/AIDS e não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, bem como as incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações), embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas (OMS, 2003).

Historicamente, os sistemas de saúde foram planejados para dar respostas aos problemas sanitários mais relevantes que acometiam a população, isto é, as doenças infecciosas. Desse modo os sistemas foram desenhados para atender a problemas agudos, trabalhando numa lógica episódica, de respostas rápidas e atuando sob pressão. Como exemplo, pontua-se a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura como características do tratamento dispensado para problemas agudos e que ainda são predominantes atualmente. Estas funções são mais adequadas para atender às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma discrepância quando se adota o modelo de tratamento agudo na atenção a pacientes com problemas crônicos.

O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, difere do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde majoritários em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Assim, os sistemas de saúde evoluíram em torno do conceito de doenças agudas e infecciosas e desempenham melhor seu papel em casos episódicos e urgentes.

Entretanto, o paradigma de tratamento agudo já não é o mais adequado nos dias de hoje, aos novos problemas de saúde. Inevitavelmente, talvez em virtude de seu imediatismo, o modelo de tratamento agudo predomina entre os pacientes,

trabalhadores da saúde, organizações e governos. Permeia todos os níveis do sistema e perpetua-se em decorrência de currículos ultrapassados de capacitação em saúde.

Os sistemas de saúde precisam evoluir na conformação de um paradigma que incorpore tanto os problemas agudos quanto as condições crônicas. Se avanços não ocorrerem, alerta a OMS (2003), os países podem estar fadados a uma gestão da atenção cada vez mais inadequada, com importante desperdício de recursos.

As condições crônicas, além de possuírem algumas similaridades como a continuidade e a necessidade de cuidados permanentes, apresentam algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país; podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2003).

As condições crônicas não são mais vistas de modo tradicional, referindo-se apenas às doenças cardíacas, ao diabetes, ao câncer, à asma e às doenças mentais. Também não são mais consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são semelhantes. De fato, estratégias comparáveis de gerenciamento são eficazes para todas as condições crônicas, o que as torna de contornos similares.

O conceito ampliado e atual abarca como condição crônica: as doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis persistentes (p.ex. HIV/ AIDS, Tuberculose), os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas.

No tocante à magnitude do problema, a ascensão das condições crônicas é observada no mundo inteiro e cresce em um ritmo alarmante. Para a OMS (2003) o aumento das doenças não transmissíveis e dos distúrbios mentais é o que mais preocupa, pois esses agravos pesam no orçamento de países ricos e pobres. Essa mudança inegável dos problemas de saúde (de doenças infecciosas e perinatais para problemas crônicos) tem muito mais implicações e traz ameaças previsíveis e significativas para todos os países.

Nessa perspectiva, as condições crônicas atualmente constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e os estudos para os países em desenvolvimento prevêm uma situação semelhante. As tendências epidemiológicas apontam para o crescimento das condições crônicas em todo o mundo. As populações estão envelhecendo em decorrência dos avanços na saúde pública, o que leva a um número cada vez maior de indivíduos vivendo décadas com uma ou mais condições crônicas. Essa situação demanda, dos sistemas de saúde, novas ações de longo prazo.

Segundo a OMS (2003), a principal causa de incapacidade no mundo, até o ano 2020, serão as condições crônicas e, caso não sejam bem geridas, representarão o problema mais dispendioso para os sistemas de saúde. Nesse sentido, constituem uma ameaça a todos os países sob uma perspectiva econômica e da saúde.

As condições crônicas estão relacionadas com a pobreza, o que complica a prestação dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento. Estes vivenciam uma situação de duplo risco, pois enfrentam, concorrentemente, agendas pendentes que tratam de doenças infecciosas agudas, desnutrição e saúde materna e a rápida escalada de outras condições crônicas não transmissíveis, como a doença cardíaca, depressão e diabetes.

Nesse contexto as condições crônicas tendem a não desaparecer, persistindo e ampliando seu espectro e, constituindo-se num grande desafio para a sociedade neste século.

Para reverter esse cenário serão necessários esforços coordenados e sustentados dos tomadores de decisão e líderes da área de saúde de cada um dos países do mundo em adotar estratégias possíveis, conhecidas e eficazes para controlar o aumento das condições crônicas e reduzir seu impacto negativo nas populações.

No caso brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) congrega um Sistema de Serviços de Saúde (SSS) e, portanto, mais restrito e interno ao setor saúde. Constitui-se de uma rede de instituições prestadoras de serviços, públicas e privadas, que vem demonstrando esgotamento no modelo de gestão da atenção à saúde em curso.

A gestão da atenção à saúde brasileira é bastante complexa. Contempla desde a aquisição e suprimento de milhares de itens de produtos utilizados na prestação de

serviços, passa pela adesão, compromisso, qualificação e dedicação ao cuidado dos agentes das práticas de saúde, até alcançar relações especiais com o mercado, cidadãos, políticos, partidos e o Estado, nas suas diferentes instâncias governamentais, jurídicas e legislativas (PAIM, 2006).

A crise do SUS tem sido discutida por vários estudiosos e uma explicação fluente na literatura é que o modelo de atenção à saúde dominante não responde às necessidades prementes da população.

Uma das correntes explicativas entende que a fragmentação do sistema, dada pela falta de encadeamento entre os pontos de atenção à saúde, pela concepção hierárquica piramidal do sistema, bem como pelo modelo de atenção à saúde focado às condições agudas, não responde adequadamente às demandas da população (MENDES, 2006).

O desafio para o SUS consiste na superação do modelo de gestão atual, deslocando o foco da gestão dos meios para a gestão dos fins, da gestão da condição aguda para gestão da condição crônica de saúde (MENDES, 2006).

A gestão dos meios abarca essencialmente a gestão de recursos humanos, a gestão de materiais e a gestão financeira de uma organização de saúde.

A gestão dos fins tem um espectro mais ampliado; envolve para além dos elementos que compõe a gestão dos meios e concerne a razão de ser de uma organização de saúde: a produção de saúde.

Na compreensão de MENDES (2001, 2006) a gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde, no início do século 21, altera o foco da tomada de decisão, deslocando a decisão baseada em recursos e opiniões para a decisão baseada em evidências. Este autor indica um movimento gerencial. Da gestão dos meios para a gestão dos fins, utilizando-se da gestão da clínica como uma das tecnologias importantes para gestão das condições crônicas. Da primazia da gestão das condições agudas para o realce a gestão das condições crônicas, apontando como via importante a constituição de Sistemas Integrados de Saúde (SIS).

Este sistema (SIS) tem suas matrizes oriundas de movimentos importantes de reforma da saúde ocorridas mundialmente, tanto no setor público quanto advindo do segmento privado. Destaca-se nesse contexto o Movimento Universal de

Desospitalização; a Viragem Ambulatorial Canadense, a Substituição Européia e Atenção Gerenciada Americana.

A Desospitalização implica na diminuição de leitos hospitalares. Grifamos a reforma psiquiátrica ocorrida na França, Inglaterra, EUA, Itália e Brasil como campo exemplar de desospitalização.

A Viragem Ambulatorial ou desinstitucionalização ocorrida no Canadá obteve ganhos inquestionáveis. Esta matriz tem como objetivo diminuir leitos hospitalares e o fechamento dos hospitais, melhorar a capacidade tecnológica dos ambulatorios, diminuir tempo de permanência de internação entre outros.

Similarmente na Europa ocorreu o movimento de Substituição, especialmente na reforma sanitária holandesa. A Substituição opera por meio de uma mudança dos padrões de organização e da reconfiguração dos serviços de saúde, tanto pela oferta quanto pela demanda. Propõe um reagrupamento contínuo de pontos de atenção a saúde de modo a explorar as melhores soluções a menores custos considerando as necessidades e demandas cambiantes da população. Implica na reorganização das unidades de saúde, dos recursos humanos, e sistemas de informação para proporcionar melhores resultados clínicos, financeiros e sanitários (MENDES, 2001).

A Atenção Gerenciada (*managed care*) foi desenvolvida nos Estados Unidos em resposta aos custos crescentes da saúde e a disfuncionalidade entre serviços fragmentados. De um lado, a grande crise do sistema de serviços de saúde e de outro, a impossibilidade em se realizar grandes mudanças macroeconômicas, coopera para a expansão da atenção gerenciada como um movimento de transformação nos níveis microeconômico ou molecular do sistema, ou seja, ao nível das unidades de saúde.

A atenção gerenciada designa uma série de métodos de financiamento e organização de prestação de cuidados de saúde compreensivos, sendo estes todos os cuidados necessários e de forma coordenada com os quais se faz um esforço de controle de despesas e da melhoria ou manutenção de níveis de qualidade (OPSS, 2008).

Vale ressaltar que a atenção gerenciada (*managed care*) é diferente da competição gerenciada (*managed competition*). Na literatura estas categorias teóricas, por vezes, aparecem de modo confuso.

MENDES (2001) esclarece que a Competição Gerenciada é uma estratégia macroeconômica de construção social em modelo institucional amplo de sistemas de serviços de saúde. Em contraparte, a Atenção Gerenciada constitui-se numa estratégia que se dá no âmbito microeconômico e molecular nos sistemas de serviços de saúde.

A atenção gerenciada também é denominada de gestão de cuidados de saúde. É um processo para maximizar ganhos em saúde de uma comunidade, dentro de recursos limitados. Busca assegurar um nível apropriado de serviços prestado e monitorizado, numa base individual, para atender as necessidades individuais de saúde e garantir melhoria contínua; no âmbito coletivo busca atingir as metas nacionais para a saúde (OPSS, 2008).

O *managed care* compreende três dimensões: políticas de saúde, gestão de sistemas (como se vai aplicar a política) e a gestão da doença, como se lida com algumas doenças que vão aparecer no sistema (OPSS, 2008).

Assim, com antecedentes nos movimentos de reforma em saúde ao nível mundial nasce a proposta de um Sistema Integrado de Saúde (SIS).

Uma versão adaptada da Substituição européia sustenta a Gestão dos Pontos de Atenção e da Atenção Gerenciada americana herda-se os instrumentos necessários à constituição da Gestão da Clínica. Nos dois casos a proposta é dar uma singularidade que a torne viável para um sistema público universal num país como o Brasil (MENDES, 2001).

No contexto brasileiro o SUS é um sistema fragmentado e com características de uma atenção descontínua, forte polarização entre hospital e ambulatório, ausência de integração de pontos de atenção e inexistência de um sistema de inteligência (sistema amplo de informação) que monitore o sistema.

Em sentido oposto, o Sistema Integrado de Saúde propõe operar numa lógica territorializada com oferta contínua de serviços, por meio da integração de pontos de atenção para atender as necessidades em saúde de uma população adstrita.

Os eixos de mudança para a construção do SIS destaca as práticas de vigilância e promoção da saúde, com uma visão mais holística buscando interação da pessoa e meio ambiente em que vive. Amplia o escopo de atuação através da priorização de ações intersetoriais.

O Sistema Integrado de Saúde busca incrementar o estoque de saúde ou de qualidade de vida operando pela lógica de promoção da saúde, a fim de aumentar o gradiente de saúde das pessoas, dificultando seu adoecimento. Propõe uma ação mais orgânica de prevenção, cura e cuidado das doenças e reabilitação das seqüelas, promovendo um contínuo de atenção de saúde (MENDES, 2001).

Inverte o modo tradicional de planejar, de dentro para fora e focado na demanda de doente, para planejar de fora para dentro, com foco nas necessidades das pessoas de uma população adstrita.

Utiliza como pilar de sustentação a medicina baseada em evidência. Os pilares foram introduzidos nos sistemas de serviços de saúde para diminuir as incertezas relativas às práticas de saúde. Estas incertezas levaram a um movimento por resultados, que envolve a revisão sistemática da evidência disponível em certas áreas temáticas, a disseminação da evidência e a construção de uma agenda de pesquisa para preencher os vazios cognitivos e tecnológicos.

O movimento por resultado articula-se com o que está sendo denominado de Medicina Baseada em Evidência (MBE).

Por definição a MBE é compreendida como a utilização consciente, explícita e prudente da melhor evidência para tomada de decisões a respeito da atenção a saúde (MENDES, 2001).

No entanto, o conceito da atenção à saúde baseada em evidências difere do conceito da medicina baseada em evidências. É a disciplina centrada em processos decisórios sobre grupos populacionais que se fazem com base em evidências empíricas (MENDES, 2004).

Nessa direção, a gestão baseada em evidência utiliza do melhor conhecimento disponível para tomada de decisão. Envolve a procura, a avaliação e a escolha da evidência relevante para determinada decisão. Expressão que é usada na seqüência do percurso da medicina baseada na evidência, num enquadramento de rápidas mudanças do meio envolvente das organizações e de crescente importância e disponibilidade do conhecimento (OPSS, 2008).

Quanto aos objetivos do SIS, estes pretendem ofertar serviço de saúde pela necessidade das pessoas; ampliar pontos atenção; ofertar serviços de saúde de forma contínua; melhorar a coordenação e a comunicação horizontais; garantir a atenção

no lugar certo, tempo certo, com qualidade e custos certos; maximizar a eficiência no uso dos recursos; racionalizar a utilização dos procedimentos clínicos e administrativos; estimular o auto cuidado; aumentar a satisfação da população; promover o controle público do SSS; integrar os SSSs e Assistência Social e promover a integração intersetorial entre SSSs e outras políticas públicas.

Sendo assim, o Sistema Integrado de Saúde (SIS) é uma reforma microeconômica dos SSSs, construída através da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta assistência contínua a dada população – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários dessa população (MENDES, 2001, 2004).

Essa rede integra a gestão de riscos populacionais, a gestão de pontos de atenção e a gestão da clínica; esta última é destaque na presente pesquisa, como tecnologia alternativa importante no espaço de micro gestão. Pode ser incentivada para as equipes de saúde da família como forma de potencializar as decisões terapêuticas utilizadas a uma condição crônica, como a hipertensão arterial sistêmica.

A gestão dos riscos populacionais diz respeito a utilização intensiva de procedimentos de promoção da saúde e de prevenção das doenças, procurando manter o estoque de saúde das pessoas, ou seja mantendo-as saudáveis. Para isso privilegia a atuação pautada em base populacional e operando com população adstrita.

A gestão dos riscos populacionais embora seja influenciada pelas práticas sanitárias da vigilância à saúde não nega a importância dos serviços de saúde (MENDES, 2001). Ela reconhece a importância dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades dos usuários do sistema.

Numa perspectiva de Sistema Integrado de Saúde a gestão dos pontos de atenção implica num conjunto articulado de pontos de atenção à saúde, pela via das tecnologias da gestão da clínica, numa rede com capacidade de prestar atenção contínua a uma população adstrita.

Assim, MENDES (2001) defende a implantação de Sistemas Integrados de Saúde como rede alternativa importante de tecnologias de gestão em saúde, com potência para gerir as condições crônicas de saúde no Brasil.

Convergente à declaração da OMS (2003) é importante retomar quão significativas são as diferenças nas manifestações das condições agudas e as condições crônicas de saúde. As primeiras ocorrem num tempo limitado, possuem manifestações abruptas e são auto limitadas. Seu diagnóstico e prognóstico são mais precisos, a intervenção é usualmente efetiva e o resultado é a cura. A segunda tem uma duração mais longa, com manifestação gradual, não sendo auto limitadas; seu diagnóstico e prognóstico são geralmente incertos, a intervenção conta com alguma incerteza e o resultado é sempre o cuidado (MENDES, 2005).

Reafirmar as características das condições crônicas possibilita melhor compreensão ao problema em foco e remete à necessidade de inovação gerencial para responder ao perfil desta condição.

Nessa direção, MENDES (2005) estimula a utilização de tecnologias de Gestão da Clínica como possibilidade de reordenar o SUS.

Em comparação, têm relevo outras tecnologias de gestão com potência para redirecionar a micro gestão, buscando um processo participativo de co-gestão, como indicam o Método da Roda, a Clínica Ampliada, os Projetos Terapêuticos Singulares e o Acolhimento em Saúde (CAMPOS, 2000; CARVALHO e CUNHA, 2006).

A Gestão da Clínica, como dito a priori, tem suas origens na Atenção Gerenciada Americana (AG). Sua aplicação enseja assegurar padrões clínicos ótimos, aumentar a eficiência, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de modo a prestar serviços efetivos e assim melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2005).

Entretanto, MERHY (2004) questiona sua potência no âmbito da micro gestão considerando que a gestão da clínica tem antecedentes na AG, ou seja, no sistema privado, com forte apelo aos resultados econômicos e retração de autonomia profissional. A saúde neste contexto é concebida como um bem de mercado.

Contudo, reorientar o sistema de saúde no âmbito da micro gestão, pelo incentivo de tecnologias como a gestão da clínica, parece oportuna em responder aos problemas de saúde brasileiros, sobretudo às condições crônicas, como possibilidade de geri-las adequadamente por longos períodos.

Parafrazeando MENDES (2005), Gestão da Clínica não são trilhos, são trilhas. É uma atenção específica dada a certa condição de saúde, no lugar certo e no tempo certo, potencializado ganhos em saúde.

Nesse sentido a Gestão da Clínica engloba um conjunto de tecnologias de micro gestão como as Diretrizes Clínicas, a Gestão de Patologia, a Gestão de Caso, a Lista de Espera e a Auditoria Clínica (MENDES, 2004).

As Diretrizes Clínicas compõem-se de duas tecnologias. As Linhas-Guia conhecidas como *Guidelines* e os Protocolos Clínicos.

As Linhas-Guia (*Guidelines*) são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde adequada em relação a determinada condição ou patologia. São recomendações que normalizam todo o processo da condição ou patologia ao longo de sua história natural e por todos os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2004).

Os Protocolos Clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia e em pontos de atenção à saúde específica. São recomendações que se fazem a processos específicos, precisamente definidos e com baixa variabilidade (MENDES, 2005).

As Diretrizes Clínicas englobam algumas funções: a função gerencial, a função comunicacional, a função educacional além de cumprirem uma função legal.

O processo de implementação das diretrizes clínicas inclui a elaboração das mesmas. Para isso é necessário decidir, ou seja, fazer a escolha da condição ou patologia, bem como a definição do grupo-tarefa para realizar a análise situacional da condição ou patologia; a busca das evidências e de experiências relevantes; a estratificação dos riscos; a formalização da diretriz; a validação da diretriz; a avaliação da diretriz; a publicação da diretriz e a revisão da diretriz.

A implantação das Diretrizes Clínicas ocorre através da instalação da Gestão de Patologia. Esta consiste no desenvolvimento de um conjunto de intervenções educacionais e gerenciais, relativas a determinada condição ou patologia, definidas pelas diretrizes clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços (MENDES, 2005).

É a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação, envolvendo o conjunto de pontos de atenção à saúde de uma rede assistencial, com o objetivo de melhorar os padrões qualitativos da atenção. Objetiva mudar comportamentos de profissionais de saúde e de usuários e programar as ações e serviços de saúde (MENDES, 2004).

O processo de desenvolvimento da Gestão da Patologia implica na escolha da condição ou patologia; na implantação de um sistema de educação permanente e de um sistema de educação em saúde; na adoção de estratégias suplementares como feedbacks, lembretes, incentivos econômicos. Implica ainda no estabelecimento de um sistema de programação local que privilegie a contratualização interna (MENDES, 2005).

Em comparação, a gestão da doença (disease management) pode ser definida como um sistema de intervenções coordenadas de cuidados de saúde para populações quando os esforços de auto cuidado são significativos (OPSS, 2008).

A gestão da doença tem como objetivo coordenar recursos através do sistema de prestação de cuidados. Aplica-se especialmente em doenças crônicas e de evolução prolongada, em que existem grandes variações nas atuações dos profissionais, em que exista má coordenação de cuidados e/ou pouca qualidade dos mesmos.

A gestão da doença é a resposta estruturada à existência de um conjunto fragmentado e não coordenado de pólos prestadores de cuidados de saúde, com atenção predominante a situações agudas, negligência dos cuidados preventivos, tratamento não baseado na melhor informação disponível (OPSS, 2008).

Como impacto positivo exemplifica-se a implantação da Gestão de Patologias numa operadora de planos de saúde americana para gerir o diabetes, segundo pesquisa realizada por ZITTER (1996), que apresenta os seguintes resultados: redução de 50% nas amputações de extremidades; redução de 50% nas doenças renais graves; redução de 60% nas cegueiras por retinopatias; redução de 40% nos dias perdidos de trabalho (citado por MENDES, 2001).

Uma terceira tecnologia importante da Gestão da Clínica é a Gestão do Caso. Esta se refere a um processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o

usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde da pessoa, com o objetivo de incrementar a autonomia do usuário, de alcançar resultados custo efetivos, de garantir a continuidade do cuidado e de melhorar a qualidade da atenção (MENDES, 2005).

O processo de desenvolvimento de gestão de caso envolve a identificação do problema, a elaboração do plano do caso, a seleção do caso, a implementação do plano do caso e o monitoramento e avaliação do plano do caso (MENDES, 2005).

Um resultado da Gestão de Caso importante foi o estudo desenvolvido em Populações Idosas do Reino Unido por BARNABEI et al. (1998) e ALLIOTA (2001), que apresentou redução de 60% na demanda de serviços hospitalares; redução em 50% nas internações hospitalares e aumento da satisfação dos usuários (citado por MENDES, 2001).

Quanto a Lista de Espera, refere-se a uma tecnologia que normaliza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde estabelecendo critérios de ordenamento por risco e promovendo a transparência (MENDES, 2005).

Já a Auditoria Clínica consiste na análise crítica sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes (MENDES, 2005).

As tecnologias de Auditoria Clínica englobam a revisão do uso; a perfilização clínica; a apresentação de casos; a revisão de eventos-sentinela; a revisão de eventos adversos e os surveys (MENDES, 2005).

Face ao exposto, produzir saúde no século 21 significa repensar sobre as demandas iminentes da população, especialmente as condições crônicas, que emergem como o maior problema de saúde pública deste século.

### **2.2.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA CONDIÇÃO CRÔNICA IMPORTANTE**

Dada a similaridade entre as condições crônicas (continuidade, necessidade de cuidados permanentes, epidemia em ascensão) e a necessidade de gerenciamento contínuo, é mister conhecer as características de uma condição crônica, como a

hipertensão arterial, para entender o processo de decisão desencadeado num sistema de saúde, como é o caso do Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá.

A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, representando um problema importante de saúde no Brasil.

Enquanto condição crônica a hipertensão arterial emerge como causa importante de morbi-mortalidade do aparelho circulatório. Constitui-se em grave problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas acometidas pela morbidade e pela mortalidade causada pela doença e pelas implicações socioeconômicas para o seu tratamento (CASSANELLI, 2005).

Classicamente o conceito sobre a hipertensão arterial atribuía uma conotação de situação patológica com dígitos tensionais constantemente elevados (NOBRE e LIMA, 1997).

Na compreensão mais contemporânea o conceito defendido por Weber (citado por NOBRE e LIMA, 1997) considera a hipertensão arterial como uma síndrome hipertensiva de base multifatorial. Esta ampliação conceitual decorre da conclusão de diferentes estudos científicos os quais observaram que a elevação da pressão arterial não se dá como único fator de alteração em indivíduos comprometidos com essa doença, mas freqüentemente estão associadas a outras anormalidades estruturais e metabólicas, como as dislipidemias, a resistência à insulina, a obesidade centrípeta, entre outras, o que caracteriza o quadro sindrômico da hipertensão arterial.

Dito de outro modo, a hipertensão arterial “é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática na maioria das vezes, que compromete basicamente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por ele irrigados” (MS, 2002, p.06).

Muito dos componentes dessa síndrome multifatorial representam fatores de risco cardiovascular isolados, independentes da elevação da pressão arterial. No entanto, acredita-se que a associação destas alterações, além de possuir uma base

intrínseca (genética), tem influências externas, relativas ao ambiente, como o estilo de vida e a condição social dos grupos populacionais.

Estudos multicêntricos como o “Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension” e o “Oslo Study”, dada à sua limitação, provavelmente pelo uso isolado de drogas anti-hipertensivas, sem a atuação sobre outros fatores de risco associados, não obtiveram resultados benéficos na redução da incidência de eventos isquêmicos, o que demonstrou que o uso isolado de medicamentos não é suficiente para diminuir a morbimortalidade coronariana, apesar do controle pressórico (NOBRE e LIMA, 1997).

Em contraste, convergente a idéia de multifatorialidade, NOBRE e LIMA (1997) comentam sobre o estudo “Multiplique Risk Factor Intervention Trail” (MRFIT). Este estudo buscou atuação além do controle pressórico (pela utilização medicamentosa), na intervenção sobre outros fatores associados como a dislipidemia e o tabagismo, através da orientação continuada. Os resultados foram positivos e apontaram para a redução de doença coronária (10,6%) e declínio na mortalidade total (7,7%).

Recentemente, a sociedade científica vem discutindo sobre mudanças importantes na conduta diagnóstica e terapêutica para a hipertensão. No diagnóstico, é reconhecida a importância das medidas de pressão arterial fora do consultório médico, a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Estas alternativas têm sido incluídas como opções no fluxograma diagnóstico. Com relação à terapêutica, uma conduta baseada no risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular, são orientações mais atuais na terapêutica cardiovascular (SBC, 2006).

### **2.2.2.1 EPIDEMIOLOGIA**

A pressão arterial elevada representa “um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular” (SBC, 2006, p.03).

O tratamento da hipertensão arterial é responsável por custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente de suas complicações, tais como: doença cérebro vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SBC, 2006).

A mortalidade no Brasil, em 2003, apresentou 27,4% de óbitos decorrentes de doenças cardiovasculares, aumentando para 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (SBC, 2006).

Observa-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres.

O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do discreto declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada quando comparada com outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração (SBC, 2006).

Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg (SBC, 2006).

Com relação à prevalência de hipertensão arterial em cidades brasileiras, os inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades mostraram que a prevalência de hipertensão arterial ocorre entre 22,3 a 43,9% dos casos (SBC, 2006).

No que concerne às hospitalizações, a hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial respondem por elevada frequência de internações. A insuficiência cardíaca é a principal causa de internações entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequentes que as internações por acidente vascular cerebral (SBC, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (MS, 2006).

Os fatores de risco para hipertensão arterial são vários: idade, sexo e etnia, fatores socioeconômicos, obesidade, consumo de sal, álcool, sedentarismo, entre outros. Estes fatores ocorrem mais comumente de maneira combinada, com os fatores ambientais, por exemplo, além da predisposição genética, fundamentalmente.

Além do fator genético, os fatores ambientais podem colaborar para uma agregação de fatores de risco cardiovascular, especialmente em famílias com estilo de vida pouco saudável. É o que demonstra os resultados de pesquisa realizada com amostras da população brasileira: “a combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia. A obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco” (SBC, 2006, p. 06).

A carga da doença também foi estudada com o objetivo de obter um retrato mais preciso do peso decorrente das doenças mais prevalentes no país (MS, 2002).

Nesse estudo as doenças não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59% -YLL – Years of Life Lost), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7% - YLD – Years Lived with Disability) e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3% - DALY – Disability Adjusted Life of Years) (MS, 2002).

Em Mato Grosso as doenças do aparelho circulatório representam a 3<sup>a</sup> causa de morte no Estado (SIM, 2004). Em Cuiabá entre os anos 2000 a 2002 foram registrados 8.048 óbitos, sendo 1.853 (23,04%) em decorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e destes 54,31% do sexo masculino.

Similarmente ao que ocorre no Brasil a taxa de óbitos por DCV está à frente das causas externas, das neoplasias e das doenças pulmonares (MS, 2007). Igualmente, as DCV corresponderam a 9,27% das internações no período de 2000 a 2004, ficando atrás apenas das internações por gravidez, parto e puerpério.

A Secretaria Estadual Saúde (SES/MT) estima que 110.648 habitantes (21,09%) da população de Cuiabá tenham hipertensão arterial sistólica, sendo que destes, apenas 8.538 hipertensos estão cadastrados, ou seja, 7,72% (IBGE, 2002).

Em relação à prevalência de hipertensão arterial sistêmica, em Mato Grosso, há poucos estudos na literatura.

Um estudo transversal de base populacional foi realizado em Cuiabá, observando uma prevalência de 33,4% de hipertensos na população urbana, sendo 36,8% em homens e 30,2% em mulheres (CASSANELLI, 2005).

Recentemente, outro estudo semelhante, investigou a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em Nobres-MT, revelando uma prevalência de 30,1% de hipertensos na população urbana, sendo 29,1% em homens e 31,1% em mulheres (ROSÁRIO, 2007).

#### **2.2.2.2. CRITÉRIO DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO**

A hipertensão arterial pode ser classificada de duas maneiras: pela etiologia, ou se seja, segundo sua causa de base ou de acordo com sua gravidade ou grau. Na classificação pela etiologia, ela pode ser uma hipertensão essencial ou primária, aquela sem uma única causa definida, com importante componente genético ou familiar; e em hipertensão secundária, caracterizada pela elevação pressórica ocorrendo como manifestação de uma doença conhecida ou pelo uso de medicamentos.

Na classificação por gravidade ou grau, são variadas as classificações, havendo inclusive uma dificuldade em se definir uma demarcação entre a normotensão e a hipertensão. Para NOBRE e LIMA (1997) não existe um valor absoluto acima do qual se teria cifras tensionais elevadas.

Em estudos populacionais, a pressão arterial tem sido investigada e guarda relação direta com o risco de morte e de eventos mórbidos. Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças associadas.

“A acurácia do diagnóstico de hipertensão arterial depende fundamentalmente dos cuidados dispendidos nas medidas da pressão arterial. Minimizam-se, assim, os riscos de falsos diagnósticos, tanto da hipertensão arterial quanto da normotensão e suas repercussões na saúde dos indivíduos e no custo social envolvido” (SBC, 2006, p.08).

Segundo recomendação da V Diretriz para Hipertensão Arterial (SBC, 2006), os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos, de acordo com os níveis de pressão arterial (sistólica x diastólica em mmHg), de acordo com a medida casual no consultório são: Ótima ( $< 120 < 80$ ); Normal ( $< 130 < 85$ ); Limítrofe (130-139 e 85-89); Hipertensão estágio 1 (140-159 e 90-99); Hipertensão estágio 2 (160-179 e 100-109); Hipertensão estágio 3 ( $> \text{ou} = 180$  e  $> \text{ou} = 110$ ); Hipertensão sistólica isolada ( $> \text{ou} = 140$  e  $< 90$ ) mmHg. A condição especial (criança, idoso, gestante, negro) é considerada em classificação especial.

### **2.2.2.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, DECISÃO TERAPÊUTICA E ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

A tomada da decisão na terapêutica para a hipertensão parte da confirmação diagnóstica, seguindo-se da estratificação de risco, que levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões em órgãos-alvo e as doenças cardiovasculares; até a fixação de uma meta mínima de valores da pressão arterial, a ser atingida com o tratamento (SBC, 2006).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial é “um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional” (2006 p.17).

A hipertensão, por ser uma síndrome multifatorial, envolve um conjunto de orientações focado em diversos objetivos, o que tornará seu tratamento mais efetivo se for apoiado por uma equipe com diferentes perfis profissionais em saúde.

Assim, objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, onde a formação de uma equipe multiprofissional contribuirá para uma ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, sobretudo na introdução de mudanças de estilo de vida. Assim, a decisão mais efetiva para o sucesso do tratamento depende do envolvimento, além do profissional de saúde e do paciente, do ambiente familiar e da comunidade onde vive.

Adquirir conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. Devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas em longo prazo. “O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global” (SBC, 2006, p.17).

Pelo exposto pode-se reconhecer que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco de morbimortalidade cardiovascular, representando um importante problema de saúde pública brasileiro. Uma das linhas de atuação para a prevenção e o controle da hipertensão está no tratamento não medicamentoso, tendo como finalidade a diminuição das comorbidades associadas.

Destaca-se o manuseio nutricional como um campo importante de atuação no tratamento não medicamentoso. Mudanças no hábito alimentar podem ser decisivos no tratamento de dislipidemia, diabetes mellitus, hiperurecemia, contribuindo, portanto, no tratamento da hipertensão arterial.

A conduta de restrição de ingestão de sódio isoladamente não é mais destacada, pela baixa eficácia que representa no controle dos níveis pressóricos. Atualmente a recomendação tem proposto modificações de maior alcance como a adoção dos princípios da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que inclui além da restrição na ingestão de sódio, uma ingestão maior de potássio, magnésio e cálcio (pela capacidade de influência na tensão da parede arterial), restrição de bebidas alcoólicas e adequação de peso corporal (HEYDE e HEYDE, 2004).

A dieta DASH privilegia o consumo de frutas, hortaliças e produtos lácteos com pouca gordura; inclui grãos integrais, frango, peixes e nozes; recomenda além da redução de gordura total, gordura saturada e colesterol, níveis elevados de potássio, cálcio, magnésio, fibras e proteínas. Esta dieta deve ser vista como uma

dieta saudável que pode redundar em benefícios adicionais na prevenção de outras condições crônicas. Recomendações para prevenção e tratamento da hipertensão incluem modificações no estilo de vida onde vários fatores podem influenciar diretamente nos níveis de pressão arterial, tais como: excesso de gordura corporal, consumo de bebidas alcoólicas e de outros componentes da dieta, incluindo o consumo de sal e potássio, entre outros (HEYDE e HEYDE, 2004).

É fato, portanto, que a pressão arterial é determinada por fatores genéticos e de estilo de vida, onde a modificação apenas de um componente, por exemplo, restrição de consumo de sal, pouco afetará positivamente no tratamento.

No entanto, é reconhecida a importância das intervenções no conjunto de fatores, mesmo quando são propostas em escala moderada. Desse modo, investir em estratégias e métodos que auxiliem as pessoas a modificarem seu comportamento, na direção de assumirem um estilo de vida saudável, continua sendo uma grande prioridade.

Feitas as argumentações acerca dos aspectos clínicos da hipertensão arterial cabe então perguntar. Como ocorre o processo decisório e a tomada de decisão para a hipertensão arterial? Em que espaço de gestão em saúde elas são tomadas?

Para responder essas questões é necessário considerar o locus privilegiado da gestão, especialmente nas organizações de saúde como se observa adiante.

### **2.2.3 O ESPAÇO DECISÓRIO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

Uma questão que instiga a discussão sobre a gestão interroga em que espaço organizacional as decisões são tomadas. Onde e como elas acontecem. Para o foco deste estudo, uma condição crônica de saúde como a hipertensão arterial, não é diferente.

O debate sobre a gestão contemporânea presente na literatura aponta diferentes abordagens quando se quer referir ao locus privilegiado da gestão, gerência ou a administração. Níveis (estratégico, tático, operacional), espaços (singular, particular e geral), momentos (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional), estratos (macro, meso e micro gestão), cúpula estratégica, linha

intermediária e base operacional são classificações bastante frequentes na literatura, e de algum modo convergentes do ponto de vista da localização do espaço organizacional em que incide a tomada de decisão.

Para efeito metodológico será utilizada nesta pesquisa uma combinação entre as abordagens adotadas por Rubio, pela OMS e por Mintzberg, pois elas sugerem uma complementaridade entre si, o que favorece a compreensão e análise do conteúdo deste trabalho.

Para a OMS (2003) os sistemas de saúde conformam três estratos: macro, meso e micro. Estes estratos não são entes separados, possuem uma vinculação entre eles e uma dinâmica própria. Entretanto, habitualmente o sistema funciona estrangulado, não havendo uma integração entre os estratos, o que remete à necessidade de evolução e ajustamento em cada um deles.

Na visão de RUBIO (1999), gestão em saúde pode distinguir-se em três níveis: a macro gestão (gestão política), a meso gestão (gestão institucional) e a micro gestão (gestão clínica).

No pensamento de MINTZBERG (2006) o desenho das organizações eficazes compõe-se em cinco partes: cúpula estratégica, linha intermediária, base operacional, tecnoestrutura e apoio operacional; as três primeiras, enquanto linha de autoridade principal e formal para a tomada de decisão e as duas últimas, enquanto linha acessória e que de algum modo tomam decisão no seu escopo de ação gerencial.

Nesse escopo, pode-se considerar que o nível macro de um sistema de saúde corresponde ao estrato da formulação da política. É nele que os valores gerais, os princípios e as estratégias para a atenção à saúde são desenvolvidos, e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas.

Assim, a macro gestão (gestão política) caracteriza-se pelo nível de formulação de políticas públicas e é neste nível que se estabelecem as prioridades, assegura-se o financiamento e regulam-se os serviços sanitários, recursos humanos e tecnológicos (RUBIO, 1999).

Nessa dimensão maior, numa perspectiva organizacional, MINTZBERG (2006) situa a cúpula estratégica. Ela tem a perspectiva mais ampla da organização e, como resultado, atividades mais abstratas e pouco repetitivas. O modelo administrativo (mecanismo de coordenação) mais usual é o do ajustamento mútuo.

Na cúpula estratégica o gestor (dirigente do topo) é incumbido de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e também de satisfazer as exigências daqueles que controlam ou de outra forma exercem poder sobre a organização (legislativo tribunal de contas, entre outros).

Nesse âmbito, o gestor absorve três conjuntos de obrigações: realiza a *supervisão direta* quando aloca recursos, decide sobre assuntos importantes, resolve conflitos, acompanha o desempenho dos funcionários e os motivam; estabelece *relações com o ambiente externo* na dimensão política e técnica, no que diz respeito ao poder e representação; define estratégias enquanto força mediadora entre a organização e seu ambiente (MINTZBERG, 2006).

No nível meso a organização de saúde coordena a prestação de serviços e avalia sua qualidade. Ela é responsável em aglutinar o pessoal da saúde, proporcionar as habilidades e ferramentas de que necessitam para tratar os pacientes com condições crônicas, e formar vínculos com os recursos e suas relações com a comunidade (OMS, 2003).

A mesogestão ou gestão institucional caracteriza-se pelo envolvimento das instituições e/ou estabelecimentos de saúde, os quais têm por desafio coordenar e motivar os profissionais para atingir determinados objetivos (RUBIO, 1999).

É o nível onde se situa a linha intermediária. Esta é composta pela cadeia de gerentes intermediários que possuem autoridade formal, com responsabilidade em fazer a conexão entre a cúpula estratégica, no topo da organização, ao núcleo operacional, na base da organização; sendo esta composta pelos operadores (MINTZBERG, 2006); no caso em estudo, os trabalhadores da saúde.

A micro gestão ou gestão clínica tem nos profissionais de saúde o foco de maior responsabilidade. O médico destaca-se entre os profissionais e assume posição de liderança e responsabilidade em motivar os demais para a consecução de determinados objetivos (RUBIO, 1999).

Além disso, o nível micro caracteriza-se pela interação com o paciente. Deve-se focar o comportamento dos pacientes e aumentar as habilidades de comunicação dos trabalhadores da saúde como condição primordial para o aprimoramento dos cuidados para condições crônicas. A atenção aos problemas crônicos deve ser coordenada por meio de evidências científicas para orientar a prática (OMS, 2003).

Assim, no nível, micro situa-se a base (núcleo) operacional composta pelos trabalhadores de saúde. Estes desenvolvem o trabalho relacionado à execução da atividade, no caso do setor saúde, que presta a assistência ao público por meio de quatro funções: assegura a entrada para a produção (inputs); transforma as entradas em saídas (executa a assistência); distribui as saídas (output); dá suporte direto para as entradas, para as transformações e para as funções de saídas. O núcleo operacional é considerado o coração de uma organização, pois produz os resultados essenciais que a mantém com vida (MINTZBERG, 2006).

Complementarmente MINTZBERG (2006) inclui duas linhas acessórias na cadeia de autoridade formal de uma organização:

- Tecnoestrutura: como assessorias e apoio responsáveis pela adaptação da organização às demandas e pelo controle dos setores da organização.

- Assessoria de apoio: presente nas organizações modernas, com o objetivo de dar apoio tecnológico à organização.

Como menciona a OMS (2003) esses estratos de gestão não são entes separados, possuem vinculação e dinâmica própria. No entanto, habitualmente funcionam estrangulados, requerendo evolução e ajustamento para melhorar o desempenho, o que remete para a necessidade de se conhecer as características dos sistemas de serviços públicos de saúde e as exigências de gestão que esse sistema impõe.

## **2.2.4 PARTICULARIDADES E EXIGÊNCIAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Com o intuito em se delimitar as discussões até aqui apresentadas e que apontam para necessidade de mudanças nos Sistemas de Serviços de Saúde, na perspectiva da gestão de uma condição crônica, ensejando melhorar o impacto sanitário e social, faz-se necessário focalizar as particularidades das organizações públicas que produzem serviços de saúde.

No dizer de DUSSAULT (1992) considerar as características das organizações de serviços profissionais, as peculiaridades dos serviços de saúde e as

particularidades dos serviços públicos tornam-se relevantes, para compreender as exigências impostas à gestão de sistemas de serviços públicos de saúde e não atribuir ao setor saúde um lugar comum.

Para se abordar sobre as características das organizações de serviços profissionais, as burocracias profissionais como classifica MINTZBERG (2006), deve-se retomar algumas teorias contemporâneas que estudam as organizações e fazer um breve percurso.

A multiplicidade de conhecimento que compõe as diferentes correntes da teoria das organizações tem história relativamente recente e cresceu rapidamente sem, no entanto, produzir teorias com potência para refletir sobre a complexidade das organizações.

Como referido anteriormente neste trabalho, as organizações no decorrer do tempo foram gradualmente adquirindo novas feições, deixando de ser vistas como entidades programáveis, que funcionavam como máquinas, para se tornarem sistemas complexos, dinâmicos, com capacidade de adaptação a um ambiente altamente mutável.

O uso de analogias e metáforas tornou-se popular na tentativa de explicar o funcionamento das organizações, pois o que se tem percebido claramente na literatura é a dificuldade de teorização para uma realidade complexa (DUSSAULT, 1992).

Nessa direção, a imagem das organizações vista por MORGAN (1996) tem várias dimensões, o que exige pensá-las em diferentes maneiras, sendo possível pelo uso de metáforas. Ele propõe entender as organizações pelo uso de oito metáforas: a organização como máquina, organismo, cérebro, cultura, sistema político (discutido no modelo político de decisões), “presídio psíquico”, fluxo/ transformação e instrumento de dominação.

Outra abordagem explicativa para o funcionamento das organizações é considerá-la como configurações, ou seja, sistemas típicos de relações entre atributos básicos, cada um com características, modo de funcionamento e problemas específicos (DUSSAULT, 1992).

MINTZBERG (2006) adota a tipologia que privilegia as organizações enquanto configuração, sendo este desenho adequado para se compreender as

organizações de serviços de saúde bem como definir as condições de sua gestão (DUSSAULT, 1992; RIVERA, 2006).

Nesse escopo, MINTZBERG (2006) identifica, a partir de observações empíricas, cinco configurações. Estas correspondem a um elenco de combinações de atributos, que são componentes básicos da organização, ligados por crenças, tradições, representações que fazem parte da cultura organizacional.

Como apresentado a priori, o desenho da organização nessa tipologia é constituído de núcleo operacional composta de operadores (que produzem bens e serviço), de um *centro de decisão* (cúpula estratégica), de uma *linha intermediária* constituída de gerentes (estes aumentam na medida em que a organização cresce), de uma *tecno estrutura* composta de especialistas, técnicos ou analistas (quando necessário), que planejam o trabalho dos operadores, e de uma *assessoria de apoio* composta de pessoas para dar suporte a organização.

Estes membros formam um sistema de coligações internas que agem em disputa por distribuição de poder e de recursos, independente de coligações externas, que dizem respeito a grupos que podem influenciá-los como clientes, grupos de interesse, agências regulamentadoras, competidores (MINTZBERG, 2006).

Nesse enfoque a estrutura da organização pode ser definida como o conjunto de mecanismos de divisão e de coordenação do trabalho (DUSSAULT, 1992; MINTZBERG, 2006).

As organizações utilizam vários mecanismos de coordenação de trabalho, destacando-se o *ajustamento mútuo* que ocorre pela comunicação informal; a supervisão direta (uma pessoa dá instruções ou ordens); a *padronização dos processos, dos resultados, das qualificações ou das normas de comportamento* (MINTZBERG, 2006).

Também são determinantes da estrutura organizacional as variáveis chamadas de parâmetros básicos: grau de especialização das funções, de formalização do comportamento, o tipo de treinamento necessário, o tipo de agrupamento das unidades (por função, clientela, de produto, por região, etc.), tipo de mecanismo de ligação entre unidades, de sistema de planejamento e de controle, e o grau de centralização da tomada de decisões.

MINTZBERG (2006) classifica de burocracias profissionais as organizações em que o trabalho de produção exige qualificações de alto nível e não se presta bem a formalização, ou seja, compõem-se de trabalho profissional. O mecanismo central de coordenação é a *padronização das qualificações*, onde o saber e as habilidades são constituídos através do processo de formação e os regulamentos regidos pelas associações profissionais.

Todavia, os profissionais mantêm muita discricção nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços, dada a complexidade e diversidade de seu trabalho. Como consequência, tanto o papel dos técnicos e especialistas, dos gerentes, como também o lócus de tomada de decisão fica prejudicado (DUSSAULT, 1992).

Os profissionais, na maioria das vezes, atuam independente dos outros componentes da organização, embora precisem de serviços de apoio. Quando a organização é de grande porte, o ambiente é complexo e embora haja certa burocracia, os profissionais vão tentar controlá-la para manter o poder sobre as decisões que influenciam o seu trabalho: condições de trabalho, sistema de promoção, distribuição dos recursos (MINTZBERG, 2006).

A autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos com interesses diversos, o que explica a dificuldade em promover mudanças ao nível de organização de unidades (DUSSAULT, 1992; MINTZBERG, 2006; VASCONCELOS, 2006).

Em contraste, as mudanças fluem ao nível das unidades, exatamente pela autonomia dos seus operadores. Por natureza, o trabalho profissional é difícil de ser formalizado e controlado indicando que burocracia e formalização não são estratégias adequadas à produção de serviços de bom nível (DUSSAULT, 1992).

Hospitais, universidades, empresas de serviços profissionais como engenharia, contabilidade, serviços jurídicos ou sociais, são tipos emblemáticos de organizações profissionais, na concepção de MINTZBERG (2006).

Numa visão mais democrática, CAMPOS (2000) defende a constituição de espaços coletivos organizados, enfatizando a autonomia do profissional e do usuário, conjugada com compromisso social e liberdade.

No dicionário, autonomia quer dizer faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger (uma nação) por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual (FERREIRA, 2004)

No campo da saúde, autonomia não se caracteriza como um valor absoluto. Implica em perdas e aquisições sempre gradativas. Diz respeito à capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências (CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Nessa concepção autonomia é um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre suas vidas e sobre o contexto conforme objetivos estabelecidos democraticamente (CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Quanto às características dos serviços de saúde, estes possuem especificidades que geram exigências no que tange à organização e gestão. Atendem a necessidades complexas e variáveis, de dimensões biofísicas, psicossociais, onde a definição das necessidades varia de acordo com a classe social e as respectivas representações acerca do processo saúde-doença, morte, perfil de clientela e tipo de problema (DUSSAULT, 1992; CASTELLANOS, 1995), se agudo ou crônico.

Cada problema é único, existindo variações individuais, o que implica aos serviços de saúde respeitar normas de qualidade, ao tempo em que também não podem ser formalizados demais, pois os trabalhadores precisam de autonomia para adequar os serviços às necessidades específicas dos usuários (DUSSAULT, 1992; MERHY, 2005).

No caso da saúde os usuários permanecem com falta de informação para definir suas necessidades, o que os coloca em posição de desvantagem, conotando em subordinação potencial diante dos profissionais (DUSSAULT, 1992).

Alia-se a essa dificuldade, o problema de relação entre serviços e saúde, pelo fato de os resultados serem de difícil mensuração, especialmente para os problemas complexos (DUSSAULT, 1992), como as condições crônicas e outras comorbidades associadas.

Nessa dimensão, a saúde encerra um conjunto de condições biológicas, sociais, ambientais num contexto de complexidade e incertezas (DUSSAULT, 1992; CASTELLANOS, 1995).

A capacidade dos serviços de saúde em resolver os problemas é limitada, percebida tanto pela natureza, que exige intervenções envolvendo um campo multidisciplinar de conhecimento, quanto pela sua ineficácia relativa, destacada em análises científicas variadas (DUSSAULT, 1992; PAIM, 1998; MENDES; 2001).

Além disso, a prestação de serviços de saúde também abarca dimensões éticas e morais significativas.

Evidenciam-se problemas tanto no que concerne à ética biomédica (sigilo, direito do usuário à informação sobre a sua condição, garantia de continuidade de tratamento, intervenções experimentais, eutanásia) quanto à ética administrativa (relativos à escolha de prioridade: criança, idoso, serviços preventivos ou equipamentos super especializados, à alocação de recursos, ao acesso aos serviços, ao respeito ao usuário, ao uso de informação a despeito da eficácia das intervenções).

Em razão de sua magnitude social e econômica, o campo da saúde é uma arena de disputa por atores de interesses diversos: os usuários, que almejam serviços de qualidade, mas baratos; os profissionais que desejam desenvolver bem suas práticas profissionais, suas habilidades e conhecimento e auferir boa renda; as empresas de materiais e produtos; os seguros, os estabelecimentos privados querem fazer bons negócios; e o governo, que quer ganhos políticos (DUSSALT, 1992; PAIM, 1998).

Quanto às peculiaridades das organizações de saúde serem de natureza pública, algumas considerações carecem de ser feitas.

Em sentido amplo, pode-se dizer que as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis à interferência política. Tais organizações dependem de contextos sócio-políticos, pois, embora possuam autonomia na gestão de seus negócios, têm mandato de governo, o que configura que seus objetivos são pré-fixados em ambiente externo ao setor que gere. Constata-se, por vezes, uma contradição entre a dimensão técnica e os objetivos políticos propostos (DUSSAULT, 1992)

Há uma tendência de contaminação burocrática entre as diferentes organizações públicas, percebe-se uma uniformidade na organização do trabalho, e como a autoridade é delegada e limitada, há uma forte centralização das decisões (DUSSAULT, 1992).

Desse modo importa realçar que as organizações públicas têm ainda uma configuração de burocracias tipicamente weberiana, vistas como máquinas pela possibilidade que vislumbram em gerir com precisão, velocidade, ausência de ambigüidade, impessoalidade, estrita subordinação e alto controle nos processos de trabalho.

MINTZBERG (2006) classifica esta burocracia típica dos estudos de Max Weber, como burocracia mecanizada. Nela o mecanismo de coordenação central utilizado é a padronização dos processos de trabalho. Como características, apresentam tarefas operacionais rotineiras e altamente especializadas, procedimentos muito formalizados na base (núcleo operacional), proliferação de normas e regulamentos, ênfase na comunicação formal, poder de tomada de decisão relativamente centralizado e uma obsessão pelo controle, como forma de diminuir riscos e incertezas.

A organização pública tem como dever prestar serviço a qualquer cidadão, não existindo, em princípio, a possibilidade de selecionar clientela, os problemas a atender, os serviços a produzir. É impossível rejeitar os casos difíceis ou dispendiosos, o que torna uma contradição com a limitação de recurso.

Em contraste, estas organizações não estão sujeitas às regras de mercado e, portanto sobrevivem mesmo quando são inoperantes e ineficientes.

Assim, é necessário colocar em relevo as especificidades das organizações de saúde: são organizações profissionais, pois seu trabalho está ancorado no saber de especialistas, produzindo serviços que requerem autonomia de prática. Produzem serviços para atenderem necessidades multidimensionais, as quais são de difícil avaliação e exigem a colaboração, e abordagem multiprofissional.

A prática interdisciplinar implica numa desconsideração das fronteiras disciplinares, exigindo renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais (DUSSAULT, 1992; PAIM, 1998; MINTZBERG, 2006).

Um grande problema da gestão é motivar os profissionais para o interesse dos objetivos organizacionais, sabendo que o controle exagerado, a privação de autonomia, impede a prestação de serviços de boa qualidade. Outro problema é achar a dose certa para assegurar autonomia e discrição profissional e prevenir a incompetência e a falta de consciência profissional.

Na esfera da saúde o problema é ampliado no que seria uma boa prática médica, conotando discordância ou flexibilidade nas normas profissionais entre profissões e dentro de cada uma delas.

Desse modo, DUSSAULT (1992) sugere colher os ensinamentos das organizações públicas de saúde que possam auxiliar a desenhá-las e geri-las de modo mais eficiente.

Então, qual seria a tipologia de organização adequada para produzir serviços de saúde de qualidade?

Os serviços de saúde têm como finalidade elevar o gradiente de saúde da população, sendo este um objetivo tanto político quanto técnico.

Há, porém outros objetivos subjacentes que podem contrariar ao primeiro.

Assumindo como pressuposto teórico que as organizações de saúde são organizações profissionais ou burocracias profissionais, DUSSAULT (1992), concordando com MINTZBERG (2006), alerta que não é produtivo formalizar o processo de produção, nem instituir mecanismos de coordenação autoritários, ao menos em relação aos profissionais. Em sentido oposto, a falta de coordenação entre seus membros torna a organização menos política.

Assim, pode-se inferir que as organizações de saúde convivem com duas configurações num mesmo ambiente organizacional: de um lado, uma burocracia e centralização excessiva e por outro, autonomia sem imputabilidade emergindo das organizações profissionais e que vão favorecer organizações incapazes de desempenhar seu papel (DUSSAULT, 1992).

Alguns estudos têm apontado para a necessidade de que as organizações de saúde sejam flexíveis e capazes de responder às exigências mutáveis (DUSSAULT, 1992; MOTTA, 2001; OMS, 2003).

Desse modo, sendo as organizações de saúde burocracias profissionais, elas devem facilitar o trabalho autônomo dos trabalhadores ao mesmo tempo em que devem garantir que esse trabalho seja coerente com os objetivos organizacionais (DUSSAULT, 1992).

É um convite a conceber as organizações de modo descentralizado e flexível, isto é, com capacidade autônoma para tomar decisões rápidas em função dos seus problemas e necessidades como também das peculiaridades do seu ambiente.

Nessa direção, a autonomia dos profissionais não deve ser vista como direito profissional, mas como pré-condição para a produção de serviços de qualidade (DUSSAULT, 1992) pela instituição do trabalho vivo que se materializa no momento de sua ação com o outro (MERHY, 2005).

Em comparação, o desempenho dos trabalhadores da saúde pode representar força ou ameaça à gestão do Sistema de Serviços de Saúde, na medida em que sua prática diária parece se apropriar, em sentido amplo, da visão institucional pré estabelecida pela direção e, em particular, pela implementação de novas formas de se fazer gestão para a reorganização do processo de trabalho. Na microgestão as diretrizes dadas na cúpula estratégica podem sofrer uma espécie de “distorção” ao atravessarem um campo denso resultante de forças, do protagonismo dos trabalhadores e de suas variadas estratégias utilizadas em defesa dos seus espaços de autogoverno. Tais diretrizes são reinterpretadas e traduzidas em práticas que parecem manter certos instituídos, bem como a expressiva autonomia da prática médica e das relações de dominação dos médicos em relação às outras corporações (CECILIO e MENDES, 2004).

Para prevenir riscos ligados à concessão de mais autonomia, devem ser criados mecanismos de controle de qualidade, de imputabilidade os quais precisam ser geridos de modo transparente, com vistas a melhorar a qualidade dos serviços (DUSSAULT, 1992).

Em virtude da natureza social da definição de necessidades parece sensato o envolvimento da comunidade na seleção de suas prioridades e na avaliação dos serviços (OMS, 2003).

Porém é variável a forma de organizar essa participação, tendo o risco de instituírem-se mecanismos formais em excesso e que podem mostrar-se ineficientes (DUSSAULT, 1992).

Quanto a formação dos gestores necessários aos serviços de saúde, na realidade, não há um tipo de profissional mais adequado para gerir uma organização de saúde. Pode ser um profissional de saúde ou de qualquer outra área. O que importa é que ele desenvolva capacidades, conhecimentos e atitudes compatíveis com as exigências da gerência desse tipo de organização. É fato que o nível de

exigências varia de acordo com o volume de responsabilidades, tipo de serviços produzidos e ao contexto (DUSSAULT, 1992).

No âmbito da alta direção, os gestores precisam ter capacidade intelectual e inter pessoal que lhes permitam enfrentar um ambiente complexo, variável e com muitas limitações. A capacidade intelectual implica na capacidade de “ler” a organização. De ser capaz de identificar e analisar os problemas organizacionais, isto é, ser capaz de entender bem o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente, a distribuição e evolução das necessidades da coletividade (DUSSAULT, 1992).

Outra capacidade relevante é a de adaptação. Ser capaz de ajustar suas decisões e ações a um contexto particular. Inclui a faculdade de aprender, a partir de seus próprios erros, de se formar para poder enfrentar, com competência problemas inéditos (DUSSAULT, 1992).

Um ambiente profissional exige um modo de fazer em colaboração, em equipe. Os dirigentes por sua vez, não realizam pessoalmente as ações e programas que geram a produção de serviços em saúde, o que implica em saber selecionar bons colaboradores, formá-los e auxiliá-los no crescimento profissional e individual, favorecendo assim a melhoria na qualidade dos serviços (DUSSAULT, 1992).

Ao nível técnico não importa o perfil do dirigente, se especializado em gestão ou na produção de serviços, mas se ele tem clareza da capacidade dos profissionais, sobre o que eles fazem, se é capaz de demandar e utilizar as informações que possam melhorar a tomada de decisão. Este retrato parece ser idealístico, mas apenas reflete as características da organização de saúde e as exigências de sua gestão (DUSSAULT, 1992).

Na realidade, gerir abarca dimensões científicas, técnicas, artísticas, assim como a medicina, embora em proporções diferentes (DUSSAULT, 1992).

Assim, a gestão embora use o conhecimento das disciplinas que estudam os processos de administração das organizações, não deve ser compreendida apenas como ciência; também se utiliza de um conjunto de métodos e instrumentos formais, mas não deve ser vista apenas como técnica; nem como arte, que só pode ser praticada por pessoas com vocação inata (DUSSAULT, 1992; TOBAR, 2002).

A gestão vai além, carece de intuição, empatia, visão e imaginação (DUSSAULT, 1992; MOTTA, 2004; MINTZBERG, 2006).

Quanto à possibilidade de formação de dirigentes com esse perfil, assim como foi argumentado que não há um perfil único para gestor, também não há um modelo único de formação dos gerentes. As aptidões básicas para gerir são necessárias, mas não suficientes. Podem-se apreender os conceitos, as ferramentas (métodos, técnicas, instrumentos) para a consecução de uma gestão estratégica orientada para resultados mensuráveis, consoantes aos objetivos de saúde propostos. Mas é preciso ir além e incluir na formação o aprendizado dos conceitos e modelos explicativos que ajudam a entender a lógica do sistema e dos serviços de saúde. Inserir conhecimentos dos fatores relacionados à saúde e às necessidades da coletividade, bem como do aparato jurídico e institucional da organização e da prestação de serviços, da dinâmica das relações entre atores do setor saúde e da tomada de decisão em relação à escolha de prioridades e à alocação dos recursos, na macro gestão (DUSSAULT, 1992).

Nos aspectos relativos a habilidades e atitudes a formação pode ser formal ou autodidata. Educadores como MINTZBERG (2004), MOTTA (2004) valorizam a experiência como atributo básico para organizar a formação (DUSSAULT, 1992).

Assim a formação busca auxiliar o gerente a avaliar suas capacidades, isto é, forças e fraquezas. Apóia o gerente a comunicar melhor, desenvolvendo mecanismos de escuta e arte de ler a organização e seu ambiente, a aprender lições com seus fracassos e sucessos. Enfim, tornar-se um formador de seus colaboradores. Esse gerente poderá adequar-se melhor a situações mutáveis e com mais facilidade mobilizar o seu pessoal para atingir os resultados almejados.

A formação pode ocorrer de várias maneiras e os formadores devem imaginar programas adequados às necessidades dos alunos e não o inverso. Estes programas devem ter conteúdos que possibilitem desenvolver capacidades analíticas e intervencionistas, o que requer competência acadêmica, experiência em pesquisa e em formação, em conjunto com gerentes de alto nível que tiveram ricas experiências. Essa aliança construirá uma base sólida, na confiança e respeito mútuo. Um ambiente favorável para criação dessa base sólida é a reflexão conjunta dos programas a desenvolver (DUSSAULT, 1992).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

- Analisar a gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da tomada de decisão.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a capacidade gerencial dos gestores que atuam no processo decisório para hipertensão arterial, nos níveis macro, meso e da micro gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá;
- Caracterizar o desenho organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá;
- Detectar o modelo de decisão presente na gestão da hipertensão arterial nos níveis macro, meso e da micro gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá;
- Verificar os elementos que compõem o processo decisório, para hipertensão arterial, nos níveis macro, meso e da micro gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

## **4. O PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1. OBJETO DO ESTUDO**

A presente pesquisa tem por objeto a gestão de uma condição crônica de saúde, a hipertensão arterial, no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá.

A hipertensão arterial tem relevo porque é uma condição crônica importante no cenário municipal, acompanhando a tendência em elevação no estado e no país.

Considerando que a gestão implica na tomada de decisão este estudo buscou evidências sobre a tomada de decisão para a hipertensão arterial, nos três níveis de gestão do sistema municipal de saúde, conforme classificação de RUBIO (1999), OMS (2003) e MINTZBERG (2006): macro gestão (gestão política), meso gestão (gestão institucional) e micro gestão (gestão clínica).

Esta classificação foi escolhida por entender que oferece elementos que melhor definem o locus de gestão de uma organização de saúde e coaduna com a abordagem de interesse na presente pesquisa.

### **4.2. TIPOLOGIA DA PESQUISA**

A abordagem escolhida foi a qualitativa, com desenho do tipo *estudo de caso*. Este delineamento tem sido apontado como adequado às pesquisas em Sistemas de Serviços de Saúde, o que favorece a singularidade desta pesquisa.

A abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto, uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito observador que atribui significado aos fenômenos que interpreta (BOSI e MERCADO, 2004).

Desse modo, existe um propósito comum em analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, avaliando tanto as interpretações quanto as práticas dos sujeitos (BOSI e MERCADO, 2004).

Nessa perspectiva, o estudo de caso é caracterizado como estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a possibilitar o conhecimento amplo e detalhado do mesmo (GIL, 1995). Dada a sua flexibilidade é recomendável nas fases iniciais de uma investigação sobre temas complexos.

Na compreensão de YIN (2005), a estratégia de estudo de caso potencializa o entendimento de fenômenos sociais complexos, como é o caso da saúde.

Sendo assim, neste estudo parece apropriado a sua utilização, pois se pretende compreender a tomada de decisão na gestão de uma condição crônica de saúde, num Sistema de Serviços de Saúde.

É corrente na literatura dizer que nos Sistemas de Serviços de Saúde a modalidade da pesquisa qualitativa tem um campo particular de análise.

Situar a qualidade entrelaçada com a subjetividade são aspectos preponderantes nessa tipologia de pesquisa, por colaborar na compreensão do campo de saúde coletiva, dada a sua especificidade em lidar com problemas pouco ou quase estruturados e, portanto, de interesse no presente estudo.

Assim, a opção pelo estudo de caso justifica-se por ser um desenho de pesquisa freqüente, adequado à análise das experiências dos serviços de saúde, com potência para traduzir a lógica científica da abordagem qualitativa (BOSI e MERCADO, 2004).

### **4.3. LOCAL DO ESTUDO**

Foi selecionada a capital do Estado de Mato Grosso – Cuiabá, por se tratar de município mais populoso, apresentar o maior nível de complexidade na atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) estadual e também por ser o centro de referência às condições crônicas, entre elas a hipertensão arterial.

Cuiabá está localizada na região Centro Sul do estado, com população censitária de 483.346 (IBGE, 2000). Sua extensão territorial é de 3.224,68 Km<sup>2</sup>, sendo 251,94 km<sup>2</sup> correspondentes a macro zona urbana e 2.972,74 km<sup>2</sup> a área rural.

O clima é tropical continental apresentando dois períodos distintos: o chuvoso, que perdura por quatro meses e o seco, predominante em oito meses.

O recorte temporal do estudo é o ano de 2007 e o local da pesquisa refere-se ao Sistema Único de Saúde de Cuiabá, cuja gestão é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, enquanto organização central; e equipe de saúde da família, enquanto organização periférica.

#### **4.4. COLETA DE DADOS**

As evidências objetivas foram colhidas por meio de análise documental, através de consulta a documentos formais da organização: organograma, plano municipal de saúde, plano de trabalho anual, relatório de não conformidade, plano de reorganização para a hipertensão arterial.

No que concerne às evidências subjetivas, o instrumento de coleta foi um roteiro único de entrevista, semi estruturado, contendo os principais elementos a serem abordados com o entrevistado (Apêndice 1), aplicado exclusivamente pela pesquisadora, utilizando-se de gravação, como recurso de áudio.

Utilizou-se também do diário de campo, para os apontamentos necessários a observação participante e para colher dados complementares durante a realização das entrevistas.

O critério de seleção dos entrevistados guardou relação com os níveis de gestão onde estavam inseridos os participantes no momento da pesquisa, segundo classificação combinada de RUBIO (1999), OMS (2003), MINTZBERG (2006) e a capacidade de tomada de decisão em cada âmbito de gestão do sistema.

Nesse sentido, para efeito da presente pesquisa, *gestores ou gerentes* são todos os tomadores de decisão, dirigentes, decisores que estão em linha de autoridade formal, como também todos os executores, trabalhadores ou operadores, especialmente os profissionais de saúde, que fazem parte da cadeia de autoridade informal, que operam o sistema de saúde e que de algum modo tomam decisão no seu escopo de atuação.

Assim, na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá:

- No espaço da macro gestão (gestão política), fizeram parte da amostra 12 (doze) gestores ocupantes de cargos de decisão, pela linha de autoridade formal adotada na organização: o secretário municipal de saúde, o secretário adjunto de

gestão, as assessorias: planejamento, técnica, comunicação, auditoria, jurídica; e as diretorias: atenção básica, atenção secundária, regulação, vigilância à saúde e diretoria administrativa financeira;

- Na meso gestão (gestão institucional), foram entrevistados 02 (dois) gestores ocupantes de cargos de coordenação no sistema municipal de saúde: coordenação de atenção básica e coordenação de atenção secundária; por serem a linha de autoridade formal que se vincula às ações diretas de controle da hipertensão arterial;

- No espaço da micro gestão (gestão clínica), foram entrevistados quatro (04) profissionais de saúde, sendo dois médicos e dois enfermeiros. Todos os profissionais eram integrantes das equipes de saúde da família (ESF), em áreas de abrangência de maior prevalência de hipertensão arterial no território adstrito, quais foram: ESF Dr Fabio I e II e ESF Novo Horizonte, bairros periféricos pertencentes à região Leste do município de Cuiabá.

A opção em estudar, no espaço da micro gestão, a equipe de saúde da família justifica-se por esta representar o padrão ouro na qualidade da atenção aos indivíduos e grupos populacionais mais específicos. Representa um lócus privilegiado de atenção primária, com potência para responder grande parte dos problemas e necessidades em saúde, especialmente às condições crônicas que demandam gerenciamento por períodos prolongados, pela necessidade de continuidade do cuidado no domicílio, como também pela possibilidade de formação de vínculos com o paciente, família e comunidade. As equipes também podem potencializar sua atuação na promoção e prevenção dos fatores de risco e fatores de proteção à saúde na comunidade.

O convite à participação do estudo foi feito pessoalmente pela pesquisadora, em visita prévia à instituição, com o intuito de buscar uma maior aproximação com os participantes importantes (prováveis entrevistados) para a pesquisa, sensibilizando-os quanto a relevância do tema em estudo.

O critério de inclusão dos entrevistados respeitou os espaços de gestão onde estes estavam inseridos e o número de entrevistados representou o conjunto de gestores importantes para a tomada de decisão, tema em estudo e à capacidade de saturação das respostas obtidas nas entrevistas.

O local para a realização da entrevista foi acordado com o entrevistado, ocorrendo em ambiente reservado, calmo, possibilitando a fluência da entrevista, sem interrupções. Preocupou-se também com a preservação dos demais aspectos éticos previstos na legislação vigente.

Quanto ao orçamento, a presente pesquisa foi custeada com recursos próprios da pesquisadora.

#### **4.5. A CONSTRUÇÃO DOS DADOS**

Após a coleta dos dados, reuniram-se as informações importantes à compreensão e interpretação do objeto estudado, realizando-se o processamento dos mesmos.

Segundo BARDIN (1977), os dados foram organizados em torno de três fases fundamentais (pólos cronológicos): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na primeira fase foi estabelecido um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos, mas também flexíveis. A segunda fase consistiu no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procurou torná-los significativos e válidos.

A *pré-análise* tem por objetivo a organização dos dados, embora ela própria seja composta de atividades não estruturadas (abertas) importantes:

a) A leitura flutuante – fase em que se estabeleceram contatos com os documentos, conhecendo os textos, deixando-se invadir por impressões e orientações gerais.

b) A escolha dos documentos – fase de demarcação do gênero de documentos sobre os quais se procedeu a análise. Constituição do corpus, isto é, conjunto de documentos que serão submetidos a análise.

c) A formulação das hipóteses e dos objetivos – afirmação provisória que o estudo propõe que pode ser confirmada ou refutada.

d) A referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores – o índice pode ser a alusão explícita, ou subjacente, de um tema em uma mensagem. Os indicadores correspondem a frequência observada acerca do tema em questão.

e) A preparação do material.

A *exploração do material* consistiu na realização sistemática de operações de codificação em função de regras previamente definidas.

No *tratamento dos resultados obtidos* os dados brutos foram apurados de modo a se tornarem significativos (falantes) e válidos.

#### **4.6. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados qualitativos, em forma de descrição, resultam da transcrição de entrevistas e de anotações provenientes de observações no campo. Diante do volume e diversidade dos dados obtidos, optou-se por organizá-los por título de identificação.

As técnicas utilizadas foram: a observação participante e a análise de conteúdo do tipo categorial.

A observação participante ou participação ativa consiste na participação real no cotidiano do local de estudo (GIL, 1995).

Desse modo a pesquisadora assumiu o papel de membro efetivo do grupo em estudo, podendo conhecer a realidade do dia-a-dia da organização, a partir do interior dela mesmo. Ela participou diariamente do cotidiano da organização por um período de 05 (cinco) meses, ouvindo, anotando falas, atitudes e observando atividades em reuniões e seminários realizados no período.

Quanto a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (BARDIN, 1977).

O tipo categorial foi selecionado por fazer operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias, segundo reagrupamentos analógicos (BARDIN, 1977). Esta técnica propõe a organização dos dados qualitativos em categorias de forma a possibilitar uma análise da comunicação, do discurso manifestado no grupo.

Do ponto de vista operacional a análise de conteúdo possibilitou encontrar respostas às questões formuladas inicialmente, confirmando as indagações

provisórias dos primórdios do estudo, ou seja, como ocorre a tomada de decisão de uma condição crônica nos estratos de gestão de um sistema municipal de saúde.

Complementarmente a análise de conteúdo procurou desvelar outros significados aos conteúdos manifestos, ultrapassando a aparência da comunicação, percebidas através das categorias emergentes.

Importa realçar que para a seleção das categorias, utilizou-se de uma modelagem mista, onde algumas delas foram definidas a priori, quando da construção do referencial teórico, e outras emergentes, quando da realização do trabalho de campo.

Como forma de buscar maior consistência no trabalho em campo e efetuar ajustes no roteiro semi estruturado proposto, foram realizados pré-testes com outros gestores que não faziam parte da amostra, selecionados também no espaço de atuação (macro, meso ou micro gestão), do sistema municipal de saúde.

Para produzir maior clareza ao estudo as categorias a serem analisadas foram situadas em algumas dimensões: capacidade de gestão, modelos de tomada de decisão e ação gerencial, conforme detalhado no Quadro 2.

Na dimensão *capacidade de gestão* foram discutidos: a formação profissional, o tempo de serviço na organização e a experiência em gestão no SUS dos gestores entrevistados, para situar a atuação destes, em linha de autoridade (formal ou informal), na gestão da hipertensão arterial.

A dimensão *modelos de tomada de decisão* privilegiou discutir o desenho organizacional, os modelos de tomada de decisão mais presentes e a sua relação com o processo decisório da hipertensão arterial na organização.

A dimensão *ação gerencial* discutiu o processo decisório na organização, a partir de duas matrizes analíticas: a Estrutura Básica de Tomada de Decisão (MINTZBERG et al.; 1976) e as Tecnologias de Gestão da Clínica (MENDES, 2001,2005).

Na primeira matriz foram investigadas as categorias: estímulo à decisão, informação, comunicação, controle e participação da decisão. A “autonomia” emergiu como categoria importante quando se discutiu o controle da decisão e a participação.

**Quadro 2 - Dimensões e categorias de análise**

Níveis Decisórios	Capacidade de Gestão	Modelos de Tomada de Decisão	Ação Gerencial			
			Matrizes	Processo decisório (Categorias)	Decomposição das categorias	
<i>Macro gestão</i>	Formação profissional	Organizacional	Estrutura de Tomada de Decisão	Estímulo a decisão	Oportunidade	
	Tempo serviço	Político			Informação	Problema
		Racional		Crise		Evidências científicas
<i>Meso gestão</i>	Experiência em gestão no SUS	Intuitivo		Comunicação (Fluição da Decisão)	Controle	Senso comum (opiniões, experiência)
						<i>Micro gestão</i>
<i>Micro gestão</i>				Tecnologias de Gestão da Clínica		
			Normativo			
			Remunerativo			
			Coercitivo			
			Participantes			
<i>Micro gestão</i>			Tecnologias de Gestão da Clínica		Linhas guias	
					Diretrizes Clínicas	Protocolos clínicos
					Gestão da Patologia	Escolha patologia
					Gestão de Caso	Educação em saúde
					Lista de Espera	Gestor do caso
<i>Micro gestão</i>			Tecnologias de Gestão da Clínica		Autonomia do paciente	
					Auditoria Clínica	Ordenam. risco
<i>Micro gestão</i>			Tecnologias de Gestão da Clínica		Revisão uso, survey, ver. evento sentinela	

Fonte: Construção da autora

Na segunda matriz foram pesquisadas: as Diretrizes Clínicas, a Gestão de Patologia, a Gestão de Caso, a Lista de Espera e a Auditoria Clínica.

Cada categoria, no momento da investigação, foi desdobrada em alguns elementos, conforme detalhamento demonstrado no Quadro 2.

A decomposição permitiu à pesquisadora elaborar uma divisão de todos os dados em um conjunto de sub-categorias, que foram empregadas para se estabelecer classificações, na medida em que abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, ou seja, com as categorias.

A matriz analítica Estrutura Básica de Tomada de decisão, elaborada por MINTZBERG et al.(1976) estudou o processo decisório identificando fases (identificação, desenvolvimento e seleção) e rotinas (principais e acessórias) componentes do processo decisório.

No enfoque desta pesquisa, foram selecionados alguns elementos que fazem parte da rotina principal da matriz elaborada por MINTZBERG et al.(1976), como

também elementos que congregam a rotina de suporte (rotina acessória) para a decisão, de modo a revelar a dinâmica própria do processo decisório.

Buscou-se então explorar os elementos selecionados a priori, sem exaurir na busca extensiva em identificar a totalidade dos elementos que compõem a rotina nas diferentes fases do processo decisório, mas desvelar fatos que possam dar sentido a análise em curso.

Vale destacar que no âmbito da micro gestão a análise foi aprofundada, seguindo duas linhas de discussão da amostra em observação, conforme descrito anteriormente:

1 - Considerando a matriz analítica: Estrutura Básica de Tomada de decisão, formulada por MINTZBERG et al.(1976);

2 - Considerando a matriz: Tecnologias de Gestão da Clínica (MENDES, 2001; 2005).

Este recorte foi valorizado na análise por entender que a aplicação dessas tecnologias nos serviços de saúde, no âmbito da micro gestão, tem como finalidade promover padrões clínicos ótimos, aumentar a eficiência, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2005).

Buscou-se então, através dos relatos dos entrevistados, perceber se há no processo decisório da hipertensão arterial elementos importantes que contemplam as tecnologias de gestão referidas a priori (Diretrizes Clínicas, Gestão de Patologia, Gestão de Caso, Lista de Espera, Auditoria Clínica).

Salienta-se também que a categorização, como forma particular da pesquisadora agrupar os dados de acordo com a sua compreensão, permitiu criar elementos, idéias ou expressões em torno de um conteúdo capaz de tudo isso.

Após a formulação das categorias específicas, a análise foi feita articulando esses dados com as categorias teóricas definidas na fase que antecedeu o trabalho de campo, ou seja, no referencial teórico construído, calçado nesta opção metodológica.

Complementarmente, outras questões foram sendo levantadas como sendo possíveis de discussão a partir das categorias eleitas ou emergentes.

No processo de análise, com base na organização dos dados foi possível identificar no material os significados e, a partir deles re-elaborar as categorias, que por sua vez foram agrupadas aos elementos e temas referidos.

Finalmente, a discussão dos resultados da pesquisa foi feita a partir dos temas, voltando-se às dimensões e as categorias selecionadas ou emergentes, buscando-se uma convergência entre elas e os temas referidos.

Na redação final, apropriou-se de trechos dos depoimentos para dar sustentação e legitimidade às interpretações manifestas, como será apresentado no capítulo de discussão dos achados.

## **4.7. DEFINIÇÃO DE CATEGORIAS**

Para melhor compreensão destacam-se algumas definições das categorias de análise, descritas no referencial teórico deste trabalho:

1. Estímulo a decisão - impulso originário que desencadeia o processo de decisão; convergente à fase de Identificação e a rotina de Reconhecimento do processo decisório.

1.1. Oportunidade - decisão invocada por uma idéia ou estímulo. Situação favorável, circunstância adequada ou conveniência.

1.2. Problema - requer mais de um estímulo, geralmente quando os tomadores de decisão precisam sentir a situação antes de decidir. É uma discrepância entre uma situação real e uma situação considerada satisfatória, dada pela análise epidemiológica. Na linguagem matusiana, tem-se um problema quando o ator (planejador) encontra-se insatisfeito com determinada situação e ao mesmo tempo a considera evitável.

1.3. Crise - é desencadeada por um único estímulo, surge de repente e requer uma atenção imediata. É uma situação grave em que os acontecimentos da vida social, rompendo padrões tradicionais, perturbam a organização de alguns ou de todos os grupos integrados na sociedade.

### 2. Informação

2.1. Por evidência científica: refere a procura mais concentrada sobre questões específicas. Utiliza-se de trabalho científico produzido como revisão geral

ou revisão sistemática da literatura, publicado em instituições reconhecidas pela comunidade científica, podendo ser complementada por opiniões de especialista para dar sustentação à tomada de decisão e direcionalidade à gestão de um sistema de saúde.

2.2. Por senso comum – utiliza-se de opiniões ou experiências para explorar e produzir informações gerais sobre uma questão ou problema.

3. Comunicação (Fluição da Decisão) - atividades de disseminação quanto ao progresso da decisão.

3.1. Formal - uso de comunicações internas (memorandos), portarias ou outro mecanismo protocolar de ordem da chefia.

3.2. Informal - uso de comunicações verbais, telefonemas ou visitas in loco.

4. Controle da decisão - orienta o processo de decisão, pela imposição de limites e restrições a mesma.

4.1. Normativo - aplicação de regras, leis e normas;

4.2. Remunerativo - utilização de prêmios, bônus ou privilégios;

4.3. Coercitivo - uso de punições ou sanções.

5. Participação - diz respeito a rotina política da decisão. Uso de métodos ou táticas políticas realizadas pela cadeia de autoridade formal ou informal.

5.1. Autoridade superior - busca apoio a níveis mais elevados para respaldar pedidos;

5.2. Asserção - abordagem direta e forte, indicando que regras exigem obediência;

5.3. Amizade - uso de adulação, da criação de boa vontade, de agir de maneira humilde e amigável antes de fazer um pedido;

5.4. Barganha - decisão em grupo por consenso quando existem interesses próprios;

5.5. Criação de senso de urgência - utiliza-se de fatos e dados para criar no grupo senso de importância do momento vivido;

5.6. Coalizão - implica em conseguir o apoio de outras pessoas na organização para dar respaldo ao pedido;

5.7. Cooptação - busca envolver os atores-chave na decisão para reduzir resistências futuras, bem como a participação dos dissidentes visando também diminuir resistências;

5.8. Persuasão - utiliza-se de fatos e dados para fazer uma apresentação lógica ou racional de idéias. Diz respeito a disseminação de informações sobre a solução encontrada com o objetivo de diminuir resistências;

5.9. Salvaguarda - implica em evadir-se de situações que possam refletir desfavoravelmente;

5.10. Sanção - utiliza-se de recompensas e punições, como impedir ou prometer um aumento de salário, ameaçar uma avaliação de desempenho insatisfatória ou reter uma promoção.

#### **4.8. ASPECTOS ÉTICOS**

Foram considerados os termos previstos na legislação vigente, conforme dispõe a Resolução CNS 196/96 e suas normativas complementares.

O estudo foi iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme protocolo nº 326/07-CEP/SES-MT.

No transcorrer da pesquisa procurou-se abordar o entrevistado (a) de maneira ética, informando verbalmente sobre a pesquisa e entregando formalmente o Termo de Esclarecimento para o Sujeito da Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2 ), para a leitura e anuência.

#### **4.9. LIMITES DO ESTUDO**

Esta pesquisa tem limitações, decorrentes da opção metodológica escolhida e de outras contingências originadas durante a construção do trabalho. Assim, não pretende esgotar a complexidade do assunto, mas projetar luz ao acender o debate sobre a tomada de decisão à uma condição crônica, num Sistema de Serviços de Saúde.

## **5. O GESTOR E AÇÃO GERENCIAL NOS ESPAÇOS DE DECISÃO**

Neste capítulo serão discutidos os resultados, considerando-se as dimensões: capacidade de gestão, modelos de tomada de decisão e ação gerencial; e as categorias: estímulo à decisão, informação, comunicação, controle e participação na decisão. No espaço micro serão discutidas, complementarmente, as tecnologias de gestão da clínica.

### **5.1. CAPACIDADE DE GESTÃO**

Com o objetivo de identificar a capacidade de gestão dos entrevistados que atuam no processo decisório para hipertensão arterial, foram considerados alguns aspectos que refletem a capacidade intelectual dos mesmos como a formação profissional, tempo de serviço na organização e experiência em gestão no SUS (Quadro 3).

No que concerne à *formação profissional*, os gestores que fazem parte da linha de autoridade formal, assim como os demais que congregam a linha de autoridade informal (médico e enfermeiro do PSF), apresentam formação diversificada sendo metade (09) composta por profissionais da área da saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta), e metade (09) de outras áreas de conhecimento (advogado, assistente social, economista, engenheiro agrônomo, administrador, jornalista e sociólogo).

Grande parte deles (16) possui curso superior completo, exceto 02 entrevistados, um com curso superior em andamento e outro profissional autodidata (sociologia e jornalismo, respectivamente). A maioria possui algum grau de titularidade em pós-graduação, ao nível de residência médica (01), especialização (12) e mestrado (02).

Quanto a tipologia de profissional adequado, DUSSAULT (1992) esclarece que para gerir um sistema de saúde não há um tipo de profissional ideal. Pode até ser um profissional de saúde, ou de qualquer outra área. O que é necessário é ter gestores que desenvolvam capacidades (intelectual e inter relacional), compatíveis com as exigências da gerência desse tipo de organização. Ele deve ter conhecimentos e

atitudes para fazer uma gestão em saúde, não atribuindo à saúde um lugar comum. Do mesmo modo, não há um tipo único de formação profissional.

**Quadro 3 - Perfil Profissional dos Ocupantes de Cargos em Linha de Autoridade Formal e das Equipes de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Cuiabá, 2º Semestre, 2007.**

Formação Profissional	Posição em linha de autoridade do SUS	Tempo de formado anos	Pós-graduação	Servidor público	Tempo de serviço na organização anos/meses	Experiência em gestão no SUS anos/meses
Advogado	macrogestão	10	Especialista	Não	07 meses	07 meses
Advogado	macrogestão	NI	Especialista	Sim	11 anos	NI
Assistente Social	macrogestão	21	Especialista	Sim	05 anos	01 ano
Economista	macrogestão	25	Especialista	Sim	02 anos	02 anos
Economista	macrogestão	NI	Mestrado	Não	05 meses	05 meses
Economista e Administrador	macrogestão	NI	Mestrado	Não	07 meses	07 meses
Enfermeiro	macrogestão	30	Especialista	Sim	27 anos	10 anos
Eng. Agrôn.	macrogestão	19	Especialista	Sim	19 anos	04 anos
Jornalista*	macrogestão	NA	NA	Não	08 meses	08 meses
Médico	macrogestão	17	Especialista	Sim	15 anos	03 anos
Médico	macrogestão	NI	Residência	Não	09 meses	09 meses
Sociólogo **	macrogestão	NA	NA	Não	08 meses	03 anos
Fisioterapeuta	mesogestão	11	Especialista	Sim	05 anos	03 anos
Fisioterapeuta	mesogestão	14	Especialista	Sim	09 anos	05 anos
Enfermeiro	microgestão	18	Especialista	Sim	18 anos	10 anos
Enfermeiro	microgestão	04	Especialista	Sim	04 anos	ñ tem
Médico	microgestão	NI	Especialista	Sim	17 anos	meses
Médico	microgestão	02	Residência***	Não	02 anos	ñ tem

Fonte: Construção da autora

NA – não se aplica

NI – não informado

\* Jornalista prático beneficiado pela Lei Camata

\*\*Graduação em Sociologia, em andamento

\*\*\* Residência médica em andamento

Quando observado o *tempo de serviço* na organização os resultados mostram que 11 entrevistados são profissionais de carreira do Sistema Único de Saúde, da própria secretaria ou cedidos de outro nível do sistema (estadual); com tempo médio de serviço na organização de 12 anos. Destes, 06 compõem a macro gestão, 02 a

meso e 03 a micro gestão. No nível micro, 01 entrevistado é contratado temporariamente.

Percebe-se que, dos 12 entrevistados que compõe a macro gestão, metade (06) é recente na organização, com tempo médio inferior a 12 meses.

Quando investigada a *experiência em gestão no SUS*, observa-se que a maioria dos entrevistados (12) tem experiência em gestão no sistema, com tempo médio de 4,2 anos.

Os demais entrevistados (06) são recém admitidos na organização, sendo que 05 possuem pouca experiência em gestão no SUS, em média 7,2 meses. Estes são procedentes de indicação política partidária e ocupam cargos estratégicos na macro gestão. Dos novos, um entrevistado apresentou experiência anterior em gestão no SUS, em torno de 03 anos.

*...Porque a saúde, embora sendo dos direitos sociais, porque hoje aparece com maior evidência, ainda é gerida politicamente. (...) porque os diretores, os coordenadores, os gerentes, são cargos em comissão, cargos de confiança; normalmente do gestor político. (...) Normalmente, até motivado por esses interesses políticos ele passa a redesenhar o SUS. Ele estabelece uma nova dinâmica dentro da instituição, a revelia dos demais setores, isso a gente percebe assim com uma frequência bastante relevante, entendeu? (E 18)*

Os resultados sugerem que, embora a maioria dos entrevistados tenha formação superior, tempo de serviço e experiência em gestão do SUS, os ocupantes dos cargos mais elevados da cúpula estratégica (macro gestão), em particular, são novos na função ocupada, e com pouca experiência em gestão pública, especialmente em gestão de um sistema público de saúde, sendo estes, na perspectiva da autoridade formal, os responsáveis pela tomada de decisão mais estratégica da organização.

Nesse sentido, concorda-se com CAMPOS (1998) quanto à existência de uma hierarquia decisória nas organizações. Segundo esta autora as decisões tomadas no nível mais alto da organização condicionam as decisões tomadas ao nível imediatamente inferior.

Corroborar-se que as políticas são formuladas no âmbito da macro gestão assim como as prioridades estabelecidas; os serviços sanitários, recursos humanos e

tecnológicos, são regulados (RUBIO, 1999) e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas (OMS, 2003).

As evidências da pesquisa apontam em sentido diverso. Embora os achados revelem que metade (06) dos entrevistados posicionados na macro gestão tenham capacidade intelectual (formação profissional, tempo de serviço e experiência em gestão e gestão do SUS), metade (06) tem uma compreensão geral sobre gestão, mas conhecem pouco da gestão pública, especialmente da gestão de um sistema de serviços de saúde, conotando pouca afinidade com a saúde:

*Porque o gerente, o diretor, o coordenador é o agente político. Então, ele participa de tudo isso, até de treinamentos, é... De capacitações. Mas ele tem dificuldade, pela falta de afinidade dele com a área da saúde, ele tem dificuldade de transmitir isso pro servidor. (...) esse despreparo, essa falta de afinidade com a saúde; de conhecimento mesmo do que é a saúde, do que ele pode fazer e o que é até a gestão mesmo! (E 18)*

Nesse sentido, o conhecimento sobre gestão de um sistema de serviços de saúde parece superficial na compreensão dos gestores entrevistados.

VASCONCELOS (2006) comenta que as funções gerenciais quando “levadas” como atividade secundária e de menor importância, muitas vezes são ocupadas por profissional sem qualificação gerencial, escolhido por interesse familiar ou indicação política partidária, desconsiderando critérios de competência, o que corrobora para escolhas de profissionais despreparados, menos envolvidos com a qualidade e a finalidade da organização de saúde.

Os achados sugerem uma possível inadequação entre o perfil dos gestores entrevistados e as características do sistema, revelando certa dificuldade de condução no sistema municipal de saúde; muito embora os gestores apresentem boa formação profissional, mas desfocada das exigências que um sistema público de saúde impõe.

Nesse prisma, se houver dificuldade de condução, especialmente no nível macro, isto contribui para que os serviços de saúde sejam fragmentados e dispendiosos, como avalia a OMS (2003).

A gerência, enquanto uma função de condução, expressa a capacidade em promover consenso e articular interesses e esforços com a finalidade de alcançar objetivos estabelecidos (MANDELLI e FEKETE, 1997).

Constata-se que a fragilidade de coordenação que permeia os níveis de um sistema de saúde, assim como os estratos da gestão (macro, meso e micro), tem sido uma questão central no debate atual, em função do modelo organizacional do SUS, centrado na hierarquização, na fragmentação e na departamentalização dos órgãos de governo e nas unidades do setor saúde, conforme discutem os autores MENDES (2001; 2005), PAIM (2006) e VASCONCELOS (2006).

Desse modo, entende-se que o sistema de saúde brasileiro (e o municipal em discussão segue tendência similar) tem características que demandam competências e habilidades para conduzi-lo, o que contrasta com o argumento seguinte:

*Depende do perfil de cada gestor. Cada gestor tem as suas prioridades, depende do perfil, alguns têm seus compromissos o que às vezes atrapalha muito... E tem o gestor que tem o seu compromisso mais técnico que é mais prudente, que sabe que a promoção à saúde é uma prioridade, que investe na base, na atenção básica, na atenção primária. E tem os que investem mais na atenção... Somente... Visam à atenção hospitalar. (E 06)*

Assim, compreende-se que o conceito de processo gerencial contém em sua essência a noção de responsabilidade pela condução, que implica em conferir direcionalidade às ações, através da negociação política. Esta característica política mais acentuada deve-se ao fato de que, no exercício da função de condução, predominam aspectos ligados à tomada de decisão (MANDELLI e FEKETE, 1997), numa perspectiva política.

Nesse prisma, o discurso anterior expressa haver certa disjunção entre a dimensão técnica e os objetivos políticos do gestor na organização.

Em sentido amplo, pode-se dizer que as organizações de serviços públicos são bastante suscetíveis à interferência política. Elas são condicionadas a contextos sócio-políticos, pois, embora possuam autonomia na gestão de seus negócios, têm mandato de governo o que denota que seus objetivos são definidos fora do setor que gere (DUSSAULT, 1992).

Ressalta-se que os entrevistados em questão faziam parte da quinta geração de gestores, indicados por partidos políticos diferentes e que compunham a base aliada do governo municipal.

*Eu entendo que muitas vezes possa haver aí uma situação política. Mas... É... É triste, né? Porque realmente a saúde ela... Ela é muito politizada ainda, né? (E 17)*

Entretanto, VASCONCELOS (2006) explica que separar a política da técnica, não coaduna, porque embora pertençam a núcleos de saberes diferentes, produzem relações sociais em que a política se insere como a arte de governar e de mediar conflitos, se manifesta nos processos de condução e fluem de maneira recursiva uma sobre a outra nos vários contextos da organização.

Nessa linha de pensamento é possível considerar que os gestores do SUS, no seu cotidiano, atuam nas duas dimensões (política e técnica) de modo bastante imbricado.

A atuação política manifesta-se no relacionamento contínuo com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação; e a atuação técnica do gestor do SUS é permeada constantemente por variáveis políticas e se materializa pelo pleno exercício das funções gestoras na saúde, como apontam NORONHA et al.(2004).

Sendo assim, as funções gestoras contribuem para que os serviços de saúde cumpram com sua finalidade em elevar o gradiente de saúde da população, sendo este objetivo tanto político, quanto técnico.

Convergindo ao pensamento de VASCONCELOS (2006) MENDES (2001) e DUSSAULT (1992), percebe-se que as organizações públicas de saúde possuem características, particularidades e exigências que precisam ser realçadas na busca de um desempenho gerencial eficaz que possibilite melhor direção aos fins a que se destina.

Características como fragmentação, centralismo nas decisões, heranças clientelistas e privatistas precisam ser coibidas de modo que a dinâmica gerencial de uma organização de saúde possa modificar o curso de suas decisões, dando um novo sentido, uma direcionalidade convergente a seu intento em produzir saúde para a população.

Assim, a organização pública de saúde tem particularidades importantes, pois é uma unidade pública que não visa lucro financeiro, mas lucro social e funciona continuamente com ou sem prejuízo para cumprir com a sua finalidade a favor da

saúde ou da doença, dependendo da perspectiva de gestão escolhida, como expressa um entrevistado:

*Nós temos aí na secretaria uma... Um... Objetivo... De gestão, que é no mínimo duplicar os PSFs da nossa secretaria... Ou seja,...Aquela história...Aumentar a rede básica, tirar a demanda da rede de urgência...Ainda...A secretaria, ao meu modo de ver, não está preparada...Para estar...Até está...Mas, tem muitos problemas imediatos...Prá que a gente pudesse pensar, por exemplo, em promoção de saúde. Seria algo... É.. Quando digo promoção de saúde... Melhorar a qualidade de vida do cidadão. Acho que a secretaria de saúde tem essa função. Mas como nós não temos condições nesse momento... Ainda temos que... Ainda temos que pensar em doença... Porque já se investiu muito pouco em saúde. (E 17)*

Portanto, os gestores de saúde carecem de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, para entender a saúde na sua extensão e complexidade.

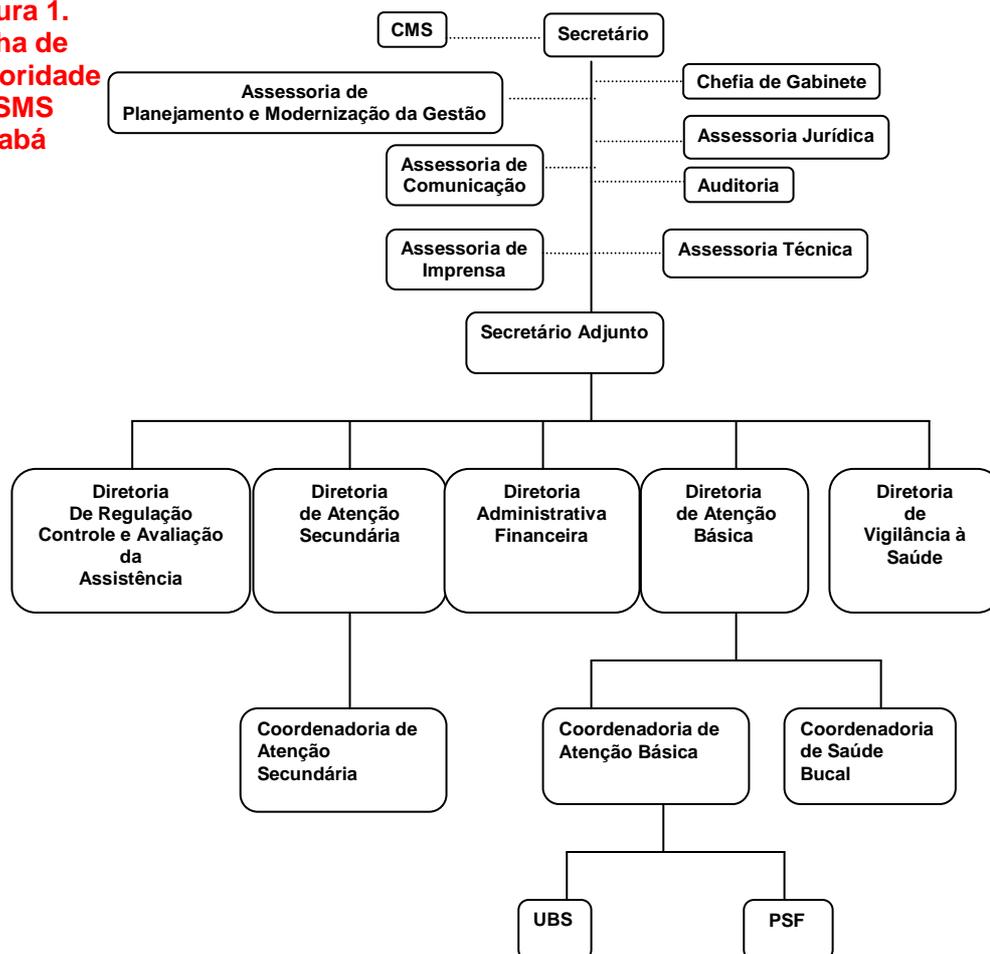
Como lidam com burocracias profissionais que têm autonomia e grande resistência ao controle, conforme aponta MINTZBERG (2006), geram exigências como flexibilidade na gestão, que um aparato burocrático, per si, não dá conta.

Por fim, apreende-se que a capacidade intelectual precisa ser avivada. Inclui a capacidade de identificar e analisar os problemas de sua organização. Em outras palavras, de “ler” a organização. Significa ser capaz de compreender 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).

## **5.2 DESENHO E MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO DA SMS DE CUIABÁ**

Quando se observa a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) na perspectiva de seu desenho organizacional, percebe-se que ela tem uma configuração robusta composta por duas linhas de autoridade. De cima para baixo compondo a linha de autoridade formal, uma burocracia com características de mecanizada (MINTZBERG, 2006), como visualizado no organograma da organização (Figura 1).

**Figura 1.  
Linha de  
Autoridade  
da SMS  
Cuiabá**



De baixo para cima sugere uma base operacional larga composta de trabalhadores da saúde (operadores), com forte apelo de uma burocracia profissional (MINTZBERG, 2006), conformando uma linha de autoridade informal.

Uma característica de burocracia mecanizada pode ser percebida no discurso de um entrevistado que revela uma visão obsoleta da organização pública, com feição de “máquina”, termo cunhado por Weber:

*...Atuar fortemente em termos preventivo e precisa fazer a máquina funcionar. (...) Então, isso é uma doença tremenda, eu diria que existe um inchaço de toda a máquina, tanto do nível federal, estadual como municipal. (...) Então, o dia que a gente conseguir fazer com que essa máquina toda ande, de uma forma eficiente, nós podemos realmente esperar que as coisas melhorem. Então esse é o nosso grande desafio. (E 10)*

Nesse sentido, o desenho organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) tem características de uma administração tradicional, com ênfase na centralização das decisões e mecanismos rígidos de controle, semelhante à burocracia mecanizada, como classifica MINTZBERG (2006).

*Por exemplo, o secretário toma a decisão... E aí todo mundo tem que obedecer. (E 02)*

Assim, a organização tem forte foco nas tarefas e na divisão do trabalho, herança cartesiana defendida por Taylor e Fayol.

*O funcionário parece que é carimbado para fazer o que o chefe mandou, e se ele não manda, não faz. Mesmo que esteja no plano dele, ele não consegue ainda brigar pela sua meta, pelo seu plano, para aquilo que priorizou.*

Concordando com SIMON (1970), MOTTA (2004) e MINTZBERG (2006), parece que os gestores em foco desconhecem ou desconsideram a dimensão mais holística e contingencial da vida organizacional, que caracteriza o mundo contemporâneo e no qual se situa uma organização com sua dinâmica, dada pela interação pessoa-trabalho-ambiente. Vista por este prisma a SMS se configura como uma organização antiga, com raízes burocráticas tradicionais profundas, embora não seja um desenho puro, percebida pela convivência das burocracias mecanizada e profissional.

No que tange aos modelos de tomada de decisão percebe-se que a dinâmica organizacional favorece uma modelagem híbrida, com predominância do enfoque organizacional, mesclado com o modelo intuitivo e político (SIMON, 1970; NIOCHE, 2005; MOTTA, 2004).

Concordante aos escritos de SIMON (1970), o modelo de decisão organizacional é fortemente regulamentado, com tomada de decisão impressa por instrumentos oficiais legais e canais de comunicação formal prevalecente, percebidos no discurso de um entrevistado:

*Então assim... Aqui os grandões, os diretores, todo mundo sabe qual que é a direção. Mas do diretor pra descer... Seus profissionais técnicos ainda falam um pouco. Mas daí esse coordenador chamar os seus gerentes e descer com essa informação, essa decisão oficial... Não desce. (E 02)*

Consoante aos achados na literatura, o contexto da organização é constituído de subunidades similares aos apresentados no modelo organizacional da decisão. Estas sub-partes possuem regras e procedimentos específicos (regimentos, portarias, protocolos), que condicionam sua percepção e orientam seu comportamento. O conjunto de subunidades responde a uma direção superior e suas relações também são definidas por regras e procedimentos, bem como seus objetivos, atribuídos pela direção.

*(...) cada caixinha dessa nossa, que eu posso dizer, da atenção secundária é um serviço totalmente diferenciado, um do outro. Então as unidades se reportam a nós e... Eu levo isso pra nossa diretora e ela leva isso pro secretário, ou as outras diretorias de acordo com a necessidade. (E 05)*

Entretanto, embora as regras e procedimentos sejam bem definidos neste modelo, observa-se que uma característica da burocracia mecanizada, a impessoalidade na gestão pública, não sucede. Não há uma separação entre o público e o privado, prevalecendo o interesse da alta direção, como expressa um entrevistado:

*Geralmente ele (o secretário) dá a condução ali. Ele fala: isso eu quero... Isso eu quero... Isso eu quero. (E 02)*

Assim, os objetivos tendem a ser tratados como exigências da direção e que devem ser satisfeitas, mas sem abrir mão de seus próprios objetivos ou práticas, como destaca SIMON (1970).

O modelo racional, embora exerça grande fascínio entre os gestores e seja amplamente discutido na Teoria Geral da Administração, no cotidiano da organização em estudo, parece tímido.

O uso extensivo da informação, para auxiliar uma análise antecedente e calculada, que é a base neste modelo, não foi percebido com ênfase; fato revelado na observação diária em campo e pelas entrevistas realizadas na organização, visto que

não se percebeu um processo de busca exaustiva da informação que favoreça a melhor solução na tomada de decisão.

Predomina o uso de decisões aceitas a priori, já desenvolvidas anteriormente como postula o modelo de decisão organizacional.

Assim, os procedimentos utilizados neste modelo orientam para a busca de soluções, até que seja encontrada uma primeira considerada satisfatória e aceitável pela direção. A solução é então adotada, sem que se avance na procura de outras.

É importante destacar que neste modelo não há uma preocupação em realizar uma busca exaustiva de soluções e da melhor escolha entre elas, que caracterizam o modelo racional, mas sim da primeira escolha, mais aceitável e satisfatória.

O modelo de decisão organizacional ganha relevância na Secretaria Municipal de Saúde, pela convergência à conformação do Sistema Único de Saúde, regido com forte rigor normativo, hierarquização, fragmentação e centralismo nas decisões.

A constituição em sub-partes na organização, característica do modelo organizacional, leva seus integrantes a concorrerem na busca pela primeira decisão; aquela que parece mais apropriada ao problema, geralmente oriunda de uma prática dada anteriormente, levando a decisões repetitivas, pouco inovadoras; como discute MOTTA (2004) e MINTZBERG (2006).

A mudança nestes casos é bastante problemática e de difícil controle, pois a organização tende a reproduzir comportamentos precedentes, afastando-se parcialmente de seu contexto. O processo organizacional reconduz as questões a uma quantidade limitada de problemas conhecidos, atribuindo-lhes um número restrito de soluções já experimentadas.

O modelo político da decisão é observado em campo quando se analisa a participação no processo decisório para uma condição crônica de saúde, conotando o uso de métodos ou táticas políticas importantes no curso da decisão, como será analisado posteriormente.

Por seu turno, o modelo intuitivo da decisão emerge na organização, como revela um entrevistado:

*Essa limitação de recursos ela faz com que a secretaria fique apagando incêndio, infelizmente! No lugar de executar uma*

*atividade planejada ela fica apagando incêndio. Isso aí influi muito né? E agora essa questão do “apagar incêndio” que eu falei isso aí acaba saindo caro pra saúde. Por quê? Quando chega... Por exemplo, um paciente aí que... Tinha problema de visão. Se ele fizesse um trabalho preventivo na visão, lá na frente ele não precisaria de fazer uma cirurgia de alto custo como está acontecendo hoje.*

A discussão do modelo intuitivo vem ganhando espaço na gestão contemporânea das organizações. Neste enfoque as decisões são tomadas em meio a um emaranhado de situações, de longo prazo, que se misturam com outras de curto prazo, de modo ilógico, irracional, lembra MOTTA (2004).

*Uma falta tremenda de profissionais, porque a secretaria estava totalmente desacreditada... Greve de médicos, greve de enfermeiros... Então... Esse é o caos que nós pagamos a secretaria! (E 17)*

Concordando com este autor é válido considerar o acaso, o impulso, o caos e a intuição como elementos importantes no cotidiano de um gestor que em todo momento se depara com situações que contrariam a racionalidade burocrática, sem, no entanto desconsiderá-la.

È o que se apreende desse argumento:

*O sufoco principal... É que você tinha uma secretaria deficitária financeiramente... Sem.. Como... O que vamos dizer assim... O que caracteriza... O que é o arroz com feijão da nossa secretaria? Ainda é a prestação de atendimento de saúde... Imediata... Pronto Socorro e postos de saúde! Se você não tiver médico e remédio pra isso... Certo? Pára a secretaria!(E17)*

Desse modo, acolhe-se o enfoque intuitivo como importante, pois este amplia o horizonte do gestor. A eficácia gerencial implica no desenvolvimento de habilidades e capacidades que dêem maior sustentação às decisões. Entre elas, a prática e a experiência adquirida como esclarece MOTTA (2004).

Contudo, não se trata de qualquer experiência, mas de uma experiência acumulada no âmbito do negócio em que se atua ou se pretende atuar.

Assim, no caso da gestão em saúde, ter experiência acumulada em outras áreas como medicina ou administração, mas não ter experiência em gestão de organizações públicas de saúde, como alerta DUSSAULT (1992), não garante, necessariamente, uma gestão competente. Tanto do ponto de vista de utilização do enfoque intuitivo, quanto na aplicação excessiva de critérios de racionalidade. Os dois extremos parecem ser desastrosos.

MINTZBERG (2004) sugere a intuição como um elemento agregador no processo decisório de uma organização eficaz, mas, com ressalva. Ele diz que a intuição permite uma análise superficial e pode ser perigosa quando utilizada em sistemas sociais complexos; como é o caso da saúde.

A sugestão é combinar racionalidade com subjetividade buscando um equilíbrio entre estes dois pólos.

Portanto, sugere-se relativizar quanto ao valor excessivo que possa ser atribuído ao modelo intuitivo, de modo a direcionar a análise em curso com certa cautela, buscando-se conhecer a dinâmica própria do processo decisório.

### **5.3. A AÇÃO GERENCIAL NA MACROGESTÃO**

Lócus onde se situa a cúpula estratégica da organização e onde a amplitude da decisão é maior. Nela ocorre a formulação de políticas, bem como a definição de prioridades, regulação dos serviços sanitários, recursos humanos e tecnológicos; e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas (RUBIO, 1999; OMS, 2003; MINTZBERG, 2006).

Os processos decisórios na organização pesquisada manifestam-se com contornos semelhantes aos apontados na literatura, apresentando-se sob a forma de fluxos descontínuos com movimentos ilógicos, por vezes intermitentes e recorrentes (MOTTA, 2004).

Essa falta de “liga” entre os estratos de gestão pode ser abstraída do discurso:

*Então assim... Aqui os grandões, os diretores, todo mundo sabe qual que é a direção. Mas do diretor pra descer...! Seus profissionais técnicos ainda falam um pouco. Mas daí esse coordenador chamar os seus gerentes e descer com essa informação, essa decisão oficial... Não desce. (E 02)*

Nesse sentido o processo decisório apresenta-se desconectado entre os espaços de decisão (macro, meso, micro gestão) como antecipa o trabalho de MINTZBERG et al.(1976), sobre a Estrutura de Tomada de Decisão, que será analisada deste ponto em diante, a partir das categorias **estímulo a decisão, controle, informação, comunicação e participação**.

Segundo a matriz analítica apropriada de MINTZBERG et al.(1976), para estudar o **estímulo a decisão** buscou-se perceber quais os impulsos que desencadeiam o processo decisório na organização. Se o impulso originário para a decisão é decorrente de uma *oportunidade, problema* ou *crise*, sendo estes, portanto, os elementos valorizados na análise.

MINTZBERG et al.(1976) classificam este estímulo como componente da fase de Identificação do processo decisório e correspondendo a rotina de Reconhecimento.

Como resultado, percebe-se que o processo decisório para a gestão de uma condição crônica, no caso para a hipertensão arterial, no espaço da espaço macro gestão manifesta-se essencialmente por estímulos de *oportunidade* e por *crise*.

O estímulo por oportunidade tem esta feição, segundo MINTZBERG et al. (1976), porque existe certa convergência a um estímulo, embora possa permanecer latente na mente do indivíduo até que ele esteja pronto para a ação.

Oportunidade denota uma circunstância adequada ou favorável; uma conveniência complementa FERREIRA (2004).

No caso em discussão, o impulso originário da decisão é oportunizado pela ação do Ministério de Saúde que estimula a implantação da política em atenção às doenças e agravos não transmissíveis (DANT) nas diversas esferas do sistema e a implementação dos programas de hipertensão e diabetes no nível local, sendo, portanto, um estímulo externo à organização.

*As pessoas que participam (pra decidir) são principalmente nossa equipe técnica, que é fundamental né...Então são as nossas supervisoras, é a nossa equipe técnica dos programas federais que nós temos, que é a questão da HIPERDIA....(E 08)*

Reconhece-se ainda um segundo estímulo (interno) identificado como *crise*. Usualmente a crise apresenta-se de forma súbita, inequívoca e requerendo atenção imediata (MINTZBERG, 1976).

É uma situação grave em que os acontecimentos da vida social, rompendo padrões tradicionais, perturbam a organização de alguns ou de todos os grupos integrados na sociedade (FERREIRA, 2004).

Sendo assim, internamente, o processo decisório para a hipertensão arterial sugere decorrer de uma *crise* desencadeada pela falta de medicamentos na rede. Essa situação impulsiona o processo de aquisição de medicamentos para a manutenção dos estoques e garantir o tratamento de pessoas doentes, como revela os argumentos:

*... Foi um período crítico e que houve uma determinação do prefeito, inclusive trocou o secretário, então, como eu já havia dito, foi resolvido o problema do medicamento... (...) Porque, a respeito dessa questão da hipertensão, mas eu não me lembrava agora e como leiga eu percebi que há um grande número mesmo de hipertensos porque se falta um Captopril, uma semana de Captopril é uma tragédia. Os idosos ficam desesperados e é muita denuncia. É denuncia de manhã, de tarde e a noite. Então eu como leiga concluí que é extremamente importante o medicamento lá e que há muitas pessoas que fazem uso dele, certo? (E 04)*

*Então, por isso que nós nominamos esses dois pilares que... E nós entramos com falta de remédio, sem nenhuma licitação de medicamento feita, ou seja, se você quisesse comprar remédio, você tinha que comprar... De uma forma... Por dispensa de licitação, isso gera vários problemas e o preço do remédio muito mais alto, né? (E 17)*

Em contraste, a hipertensão arterial parece não se caracterizar como um *problema* de saúde importante para a cúpula estratégica, percebida no manifesto de outro entrevistado:

*Então nessa última reunião, eu falo pra você que lá (secretaria) a preocupação não era com os hipertensos. Então para a Secretaria, de repente, tá com um número bom, no geral né? (E 12)*

Contudo, quando se analisa o programa de hipertensão arterial, implementado nos municípios, ele busca responder ao problema (hipertensão arterial), sendo

motivado pelo nível federal do sistema, sugerindo que a discussão tome o curso de uma decisão programada.

Nessa ótica, programa é definido como um conjunto de reações, em relação ao processo de estímulo externo, que provoca a busca de respostas para solução dos problemas apresentados (MARCH e SIMON, 1970), no caso em estudo, a decisão para a hipertensão arterial.

À medida que o estímulo se repete e, portanto, com soluções já experimentadas, estas tendem à rotinização. Este conjunto de reações elaboradas, experimentadas, possibilita a escolha por uma decisão programada (MARCH e SIMON, 1970).

Como decisões programadas entendem-se aquelas que são consideradas rotineiras, repetitivas, com procedimentos e normas bem definidos para sua execução e, portanto, mais estruturadas (SIMON, 1970).

Desse modo, elas preocupam menos os dirigentes do topo da organização, porque estes dispõem das informações necessárias para a opção (alternativa), através do uso de tecnologias modernas de processamento de informações (MOTTA, 2004).

No entanto, no caso em estudo, observa-se que o uso de tecnologias de informações não vem balizando as decisões e o curso da ação para a hipertensão arterial, como será discutido nas categorias de análise posteriores.

Por fim, se considerar-se a ótica abordada por MENDES (2001), a hipertensão arterial apresenta-se na macro gestão da organização como um problema de gestão dos meios, revelada pela necessidade de manutenção dos estoques de medicamentos na rede, como expressam os discursos:

*Eu diria que para o tratamento de pessoas com hipertensão o município utiliza-se praticamente do medicamento. Deveria ter um tratamento adequado, de uma instrução adequada, de alimentação, de tudo, mas eu acho que no nosso segmento, pra atender esse público, na linha de frente, aí não tem condições para que se estabeleça uma certa dieta, uma certa maneira pra poder controlar a sua hipertensão. Eu acho que o município tá praticamente fornecendo o medicamento básico necessário. (E 10)*

*...o remédio que mais tem aqui é o tal do Captopril, que custa alguns centavos, mas o quanto compra, o quanto gasta. É que é por causa, que é por causa de... Isso aí é pressão arterial... Tem pessoas que tomam 6 por dia. (E 03)*

O **controle** da decisão se manifesta no estudo nas formas *normativa, remunerativa e coercitiva*. Para MINTZBERG et al.(1976) a rotina de controle orienta o rumo de decisão, impondo limites e restrições aos mesmos nos diferentes âmbitos da gestão.

Como resultado, foi percebido que o controle para a hipertensão arterial tem um caráter eminentemente *normativo*; característica do modelo organizacional da decisão, tônico na organização. O pacto de gestão celebrado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, que determina o cumprimento de um elenco de indicadores epidemiológicos, entre os quais aqueles que monitoram a hipertensão arterial, e as respectivas vinculações ao financiamento do nível federal, são observados como normas a cumprir, como expõe um entrevistado:

*...esse cadastro. Assim que é efetuado o cadastro a gente tenta mandar (o medicamento) até para forçar um pouquinho e a gente também recebe os recursos conforme o sistema tem alimentado. Então isso aí tá organizado na atenção básica. (E 09)*

No entanto, o que se percebe em outro depoimento é que no cotidiano da gestão a...

*Atenção básica não acompanhava, mas a vigilância acompanhava todos os indicadores, cumpriam os indicadores; a ANVISA é mais rigorosa, sabe? Lá na vigilância eu percebo que a legislação é muito melhor, mais clara, mais forte, mais pesada e mais... Assim, contínua. Eles têm que observar e cumprir metas e tal. (E 02)*

Desse modo, sugere haver certo descompasso entre as decisões tomadas para atender o cumprimento de metas impostas pelo Ministério da Saúde e as ações desenvolvidas na organização como anuncia o argumento:

*Então eu percebo, de uma certa distância, que não é feito essas ações... Não estão sendo feitas efetivamente para que aquelas metas sejam cumpridas. Não existe ainda, é uma falta de uma gestão muito forte. Gestão, gestão, e gestão. Não é isso! Gestão é na verdade, reunir periodicamente e mostrar que esses indicadores, o que nos fizemos esse mês, o que nós fizemos aqui, o que nós vamos fazer... (E 10)*

Este argumento admite haver deficiência no sistema de controle, monitoramento e avaliação, não configurando como prática de gestão e parte de um processo de planejamento.

Em contexto geral, também se observa a utilização de mecanismos de *controle remunerativo*, embora não possua relação entre produtividade e metas estabelecidas na organização apreendida nas declarações:

*Aqui você sabe que todo mundo tem um prêmio. Chama prêmio produtividade. Só que ninguém olha a produtividade. (E 02)*

*Aqui ainda existem certas situações pra compor salários, que são os prêmios né? O que a gente chama de os “penduricalhos da saúde”... (E 03)*

No caso em particular, isto é, o processo decisório para a hipertensão arterial, a tendência é diferente. Não existe um pacto de gestão celebrado entre os profissionais e o controle de patologias (como a hipertensão arterial) para gerar resultados efetivos na melhoria das condições de saúde da população. O incentivo instituído na organização está ligado diretamente a critérios de pontualidade, assiduidade e privilégio de algumas categorias profissionais, entre elas, os médicos, do que a critérios de desempenho e qualidade.

Neste sentido, o controle remunerativo conota mais autonomia profissional, sem imputabilidade, como adverte DUSSAULT (1992) e MINTZBERG (2006).

Percebe-se ainda, subliminarmente, a utilização de um *controle coercitivo* manifesto pela punição, sugerindo a presença de mecanismos de gestão autoritária, como revela um entrevistado:

*...a gente começa a ser visto como alguém que incomoda e corre risco de ser mandado embora. (...) Sou contratado e recentemente uma colega nossa, muito ativa, boa de serviço, que não tinha medo de nada, foi mandada embora sem aviso prévio, sem adversão verbal, sem adversão por escrito... (E 15)*

Em sentido oposto, o discurso anterior revela que o rigor no controle pode ocasionar exageros discricionais às burocracias profissionais (DUSSAULT, 1992) e que pode gerar menos autonomia.

Assim, torna-se um problema de gestão motivar os profissionais para o interesse dos objetivos organizacionais, pois o controle exagerado, a privação de autonomia, impede a prestação de serviços de boa qualidade.

*Ele (o funcionário) tem a impressão que está aqui planejado, mas o chefe manda fazer outra coisa. Naturalmente as pessoas abortam o que sonhavam, então quando vamos avaliar a gente pergunta, mas por que se vocês sonhavam isso, se vocês priorizam isso? Eles respondem “nos mandaram”. (E 02)*

Outra dificuldade é achar a medida adequada entre assegurar autonomia e discricção profissional e prevenir a incompetência e a falta de consciência profissional.

Com relação a **informação** foram pesquisados dois aspectos: *informação baseada em evidência científica e informação baseada em senso comum* (opinião e experiência), buscando-se perceber a relevância no uso de informações como balizamento das decisões para hipertensão arterial.

Na macro gestão parece que a decisão baseada em informação por senso comum é mais presente do que o uso de informações baseadas em evidências científicas.

Entretanto, no que tange as *informações por evidências científicas*, percebe-se que as mesmas subsidiaram a construção de documentos que explicitam a política de saúde em curso, tais como, o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009 e o Plano de Trabalho Anual (PTA) 2007. Quando examinados tais documentos observou-se a utilização de evidências científicas na construção da Análise de Situação de Saúde, descrita no capítulo II do PMS. Nele são apresentados os principais indicadores epidemiológicos (mortalidade e morbidade) de Cuiabá. Entre esses indicadores percebe-se a relevância das doenças do aparelho circulatório, entre elas a hipertensão arterial. Esta patologia também se destaca como comorbidade associada a outras complicações como a doença cérebro vascular, doença isquêmica do coração, entre outras (SMS, 2005).

Tais evidências revelam que, tanto na perspectiva epidemiológica quanto na financeira, a hipertensão tem relevo no cenário municipal, pelo menos do ponto de

vista formal. Por sua vez, o Plano de Trabalho Anual 2007 detalha as medidas e metas relacionadas à hipertensão arterial para o ano em questão (SMS, 2006).

Em consonância, o discurso seguinte ratifica o processo de construção dos planos a partir de subsídios extraídos de outros documentos oficiais e que têm no seu bojo evidências científicas importantes:

*Utilizamos as últimas conferências, o que elas deliberaram, utilizamos o Plano Nacional de Saúde, o Plano Estadual de Saúde, que também trazem as prioridades para o Brasil e para nossa região, utilizamos as metas do milênio, da Organização Mundial da Saúde, que traz as questões de reduzir a malária, as doenças tropicais todas, reduzir a mortalidade infantil. Utilizamos também um documento que a Prefeitura produziu quando fez o orçamento participativo. (E 02)*

Contudo, o argumento anterior sugere inversão no processo de definição de prioridades e tomada de decisão, ou seja, no modelo de gestão adotado. O modelo de gestão em saúde local contempla um processo de planejamento descendente, onde a lógica de construção tem foco nas demandas setoriais e nas doenças, não enfatizando de modo oportuno os problemas e as necessidades das pessoas de uma população adstrita.

Complementarmente, também são subsídios para a formulação de políticas locais: o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, a V Diretriz para a Hipertensão Arterial (MS, 2002; SBC, 2006).

As evidências científicas também norteiam a construção dos indicadores epidemiológicos que são pactuados posteriormente entre as três esferas de governo:

*Porque nós fizemos análise de situação, nós levantamos 47 indicadores sociais de saúde de Cuiabá. São indicadores do SIM, SINASC, dos nossos bancos que constituem o perfil epidemiológico de Cuiabá, esse é um dos documentos utilizados. (E 02)*

Os achados revelam certa fragilidade nos indicadores de saúde produzidos, pois embora se observe uma preocupação na alimentação regular do Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA), esta informação não se mostra oportuna, pois tem sido processada para

atender as vinculações de teto financeiro à meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, do que para produzir informações científicas como subsídio a tomada de decisão estratégica.

*Então esse material vem para cá para a atenção básica, esse consolidado... E esse consolidado que vai alimentar todo esse sistema, um sistema que eu não sei te falar o nome certinho que vai para o Ministério da Saúde, porque o Ministério tem um teto financeiro que ele manda pra nós. (E 08)*

Nessa direção, quando se analisa o dado produzido no SIS-HIPERDIA, percebe-se uma baixa cobertura no programa, traduzindo em não cumprimento de meta pactuada com o Ministério da Saúde.

Ainda assim, a hipertensão arterial não merece destaque, quando se apreende alguns discursos de gestores da cúpula estratégica:

*E... Com relação à atenção básica, a nossa grande preocupação hoje é a Hanseníase e Tuberculose. (E 08)*

*Não adianta a gente ter um programa maravilhoso de tuberculose, de hanseníase, de dengue, a vigilância funcionando muito bem nos restaurantes... Se você não conseguir dar atendimento em emergência, ou atendimento na rede básica. (E 17)*

A lógica de trabalho parece ter foco no programas e não em problemas ou necessidades em saúde.

Sendo assim, no conjunto das exposições até aqui apresentadas, observa-se que a informação de senso comum, mais imediata, calcada em opiniões, remetendo a prontidão na gestão de problemas agudos é prevalecente e que será tratada adiante.

Merece ainda realçar que outras fontes de evidências científicas produzidas a nível local e que apontam para resultados importantes, não vem sendo baliza para a tomada de decisão estratégica.

No caso em discussão, alguns trabalhos científicos (CASSANELLI, 2005; ROSÁRIO, 2007) têm apontado para a severidade do problema em Cuiabá e regiões, sem, no entanto, ter sido apropriado para a tomada de decisão na gestão do Sistema de Serviços de Saúde local. Remete para uma discussão mais ampliada sobre a relação ensino, pesquisa e serviço.

Quanto a informação baseada em senso comum (opinião e experiência), ela converge à rotina acessória de Comunicação (MINTZBERG et al., 1976), como uma sub-rotina de *Exploração*. Implica numa procura mais abrangente de informações sobre a questão ou problema e a revisão das informações que atingem os decisores, porém ainda não busca focar nas questões mais específicas; no caso em estudo, a hipertensão arterial.

O discurso seguinte sugere a exploração de informações gerais orientando a decisão estratégica:

*...eu teria que estar mais próximo desse planejamento. É... Mas essa aproximação vem sendo feita na medida em que a gente consegue aí sair... Do sufoco que a gente estava, né? Então, aí eu posso, mais tranquilamente, ouvir aí a opinião do planejamento, tentar cumprir essas metas que estão sendo impostas pelo planejamento. Mas há uma aproximação; ela está... Aquém do quê desejado... Até por que... Então muitas vezes, como gestor do executivo aqui da secretaria eu atropelo o planejamento. (E 17)*

Em sentido amplo, concorda-se com MOTTA (2004) que valoriza essa dinâmica organizacional, tão presente no cotidiano da gestão, onde o gestor trabalha atropelando o seu dia-dia, apagando incêndio, “saindo do sufoco”. Nesse ambiente, o gestor lança mão de decisões muitas vezes irrefletidas, ilógicas, baseada em sua experiência e motivada por situações improvisadas ou de urgência. As decisões neste prisma ancoram-se na intuição e na experiência da pessoa.

Entretanto, deve-se observá-la com prudência, pois experiência no caso da saúde requer um perfil de gestor que possa responder com eficácia gerencial às exigências que o sistema de saúde impõe (DUSSAULT, 1992). A intuição tem seu valor, mas deve ser utilizada com cautela em sistemas sociais complexos, como a saúde, pois pode gerar análises superficiais, atuando no efeito e não nas causas dos problemas de saúde (MINTZBERG, 2004).

Em comparação, se considerar-se a concepção matusiana (MATUS, 1996), significa decidir “a cru”, no improviso. É não fazer um processamento tecno político entre a improvisação e o uso do planejamento para decidir entre temas urgentes e importantes, que irão compor a agenda do dirigente, redundado num sistema de direção de baixa responsabilidade. Nessa perspectiva o planejamento é utilizado apenas para cumprir uma formalidade legal imposta pelo modelo organizacional do

SUS, denotando em fracasso no processo de planejamento, dada pela sua frouxa utilização como instrumento de gestão.

*De repente chega um paciente como uma cirurgia de alto custo. Daí a secretaria tem que pegar do seu recurso, dos seus parques recursos disponíveis tem que pegar e atender aqueles usuários com essas questões de urgência. Isso aí prejudica o planejamento. Eu estou dizendo assim prejudica o planejamento considerando os parques recursos da saúde. (E 01)*

O argumento central nos discursos precedentes sugere distanciamento entre gestor e planejamento, bem como a relação dele (gestor) com a finalidade da organização.

Na compreensão de VASCONCELOS (2006) conota em disjunção entre a política formulada, explicitada nos documentos formais (Plano Municipal de Saúde e Plano de Trabalho Anual) e o fazer gestão no cotidiano da organização.

Nesse escopo, concorda-se com JUNQUILHO (2001), que estudando a ação gerencial, enfoca a natureza deste trabalho em contraste aos preceitos clássicos. Ele menciona uma pesquisa realizada por MINTZBERG (1990) que aponta como uma pressuposição folclórica que os gerentes têm no planejamento sistematizado uma ferramenta indispensável e freqüente em seu trabalho. Esta pesquisa revela que a realidade é bem diferente. Na maior parte do tempo, os gerentes são submetidos a uma sobrecarga de atividades como visitas externas, atendimento a telefonemas, conversas e reuniões informais. Eles são continuamente pressionados por demandas de última hora, caracterizando um gerente mais propenso à ação de cunho imediato e pontual do que àquela planejada e relacionada com médio e longo prazo.

Quanto à categoria **comunicação**, buscou-se na pesquisa perceber a *fluência da decisão* na organização para a gestão da hipertensão arterial.

Este elemento diz respeito à sub rotina de *Disseminação* na organização (MINTZBERG et al., 1976) e corresponde às atividades de disseminação das informações sobre o progresso da decisão para os envolvidos ou interessados, congregando tanto a comunicação *formal* quanto a *informal*.

O argumento em foco sugere baixa capacidade de comunicação na organização:

*Existe um fator ainda... Que eu considero... Fraco da nossa gestão... Que é a comunicação... Nós avançamos em alguns pontos. Eu desenvolvi um jornal. Hoje já estamos com a 2ª edição do jornal. Eu tô com uma revista programada pra terminar o ano. Eu tô com um site da saúde... Nada disso tinha tá certo? Então eu... Nós até que conseguimos fazer uma... A nossa micro comunicação, mas isso ainda é muito restrito... Conseguir transmitir isso pra sociedade! (E 17)*

Na perspectiva do processo decisório organizacional, convergindo aos escritos de MARCH e SIMON (1970), parece que esses canais de comunicação atendem alguns intentos. São planejados, em parte, de modo deliberado e consciente no curso da programação, podem ser criados com o intuito de atender a necessidades diferentes de comunicações e, por fim, podem ser desenvolvidos para atender às funções sociais da comunicação.

Nessa direção, percebe-se que a estrutura de canais comunicacionais exerce forte influência sobre os processos decisórios, não fluindo interna e externamente na organização.

*E... A comunicação interna é muito ruim. Os setores... Um não sabia o que o outro faz. Aí, sem contar que há a desmotivação, muitos outros fatores, cria as ilhas de poder, própria de coisas... Do atraso em geral que está aqui. É... E a secretaria comunica muito mal prá fora. (E 16)*

Concordando com CORNÉLIO (1999), a rotina de disseminação é importante, pois quanto maior o número de pessoas abrangidas ou interessadas na decisão, mais tempo é dispensado pelos gestores em comunicar e difundir quanto ao seu progresso.

No entanto, a baixa capacidade de comunicação é percebida entre os integrantes da cúpula estratégica:

*Eu acho assim que tá ruim porque e às vezes eu acho que não encontrou-se ainda o caminho de estar travando essa comunicação entre as diretorias né? Decisões elas são tomadas e a parte interessada não é chamada... Tomam a decisão... Aí você as vezes é o último a saber. (E 08)*

Como também é perceptível entre os níveis intermediários (meso gestão) e a base operacional (micro gestão) da organização.

Focando a fluência da decisão para a hipertensão arterial, percebe-se uma comunicação difusa, conotando baixa capacidade de disseminação das decisões tomadas no espaço macro, tendo como consequência um estrangulamento no percurso da decisão nos demais espaços, como presume um entrevistado:

*Como que as decisões são disseminadas? Por exemplo, o secretário toma a decisão... E aí todo mundo tem que obedecer. Ou ele toma essa decisão na reunião de colegiado. (...) Agora, o que eu percebo isso não é só perceber só, é fato. A decisão pára no nível de diretoria. (E 02)*

Utilizam-se amplamente na organização, como meio de disseminação das decisões, a comunicação formal escrita, via comunicação interna (CI), típica do modelo decisório organizacional. Estas CIs são adjetivadas pelos entrevistados como ruins, morosas, não respondendo adequadamente à necessidade de difusão da decisão na organização.

*È... A maioria é documental. Então a gente faz a CI (comunicação Interna), tanto deles pra mim, como pra mim de algumas coisas que eu necessito da secretaria municipal. (E 07)*

A comunicação informal, embora pouco valorizada do ponto de vista da fluência da decisão, é bastante utilizada na organização, por telefone, visita in loco e verbalmente, como enunciado:

*Então, comunicação no meu caso, eu vou direto a pessoa, chamo aqui vou na sala direto e falo precisamos fazer isso e aquilo... Há condições? Ah! Tal coisa, tal situação está precisando de... Certos procedimentos. E aí? O que você acha? Vamos por este lado? É interagir, falar mesmo! (E 03)*

Contudo, como insinua o relato seguinte, a comunicação informal tem fluência para outros fins:

*O que flui bem aqui é o boca a boca... A que flui de verdade é o informal... Totalmente informal... (E 16)*

Tal informação merece ser tratada como um recurso potente na disseminação das decisões importantes, entre elas, aquelas atinentes à hipertensão arterial; devendo, portanto, ser um mecanismo a ser mais bem trabalhado na organização.

Como última categoria de análise estudou-se a **participação**. Ela se apresenta como um elemento chave para analisar a rotina política da decisão, pelo uso da influência exercitada entre os gestores em linha de autoridade formal, como também procura desvelar a influência e o prestígio da cadeia de autoridade informal.

Cabe relembrar que a rotina política é destacada por MINTZBERG et al.(1976), como uma rotina acessória importante que dá suporte ao curso da decisão.

Assim, observou-se em campo a utilização de alguns métodos ou táticas políticas para influenciar o processo decisório, sendo mais freqüentes: autoridade superior, barganha, asserção e sanções conforme descrevem BATAGLIA e YAMANE (2004).

A *barganha* é uma decisão em grupo por consenso, quando existem interesses próprios. No caso da decisão para a hipertensão arterial, percebe-se a sua utilização no discurso:

*Então na verdade, toda a diretoria participa. Porque desde o gerente, do enfermeiro que tá lá na ponta, que pede que mostre pra gente o que é necessário... Aí vem através da supervisão pra diretoria junto com o secretário, a gente define como que a gente vai fazer. (E 08)*

O uso da *autoridade superior* ocorre quando se busca obter apoio de níveis mais altos na organização para dar respaldo a pedidos. Este tipo de participação é manifesto no discurso quando o entrevistado indica haver uma cadeia de autoridade entre os gestores do sistema (enfermeiros, gerentes, supervisores, coordenadores, diretores), que vêm apresentando as necessidades para o serviço e buscando apoio nos níveis superiores da organização para legitimar o seu pleito, como manifesta um entrevistado:

*Então são as nossas supervisoras, é a nossa equipe técnica dos programas federais que nós temos que é a questão da HIPERDIA... E além delas serem responsáveis por esses*

*programas, elas também fazem supervisão nas unidades. Então elas que vão trazendo essas necessidades e a gente vai consolidando e aí passa para o coordenador, pra mim, aí a gente leva para o secretário e aí junto com o secretário a gente define o que a gente vai estar trabalhando. (E 08)*

A *asserção* implica em abordagem direta e forte, como a exigência de concordância com pedidos, a repetição de lembretes, mandarem indivíduos fazerem o que lhes é pedido e indicar que regras exigem obediência:

*...o secretário toma a decisão... E aí todo mundo tem que obedecer. Ou ele toma essa decisão na reunião de colegiado. Geralmente ele dá a condução ali. Ele fala: isso eu quero... Isso eu quero... Isso eu quero. (E 02)*

Focando os discursos na perspectiva da **participação** tem-se a sugestão de que o processo decisório organizacional é um conjunto de relações ordenadas para adaptar-se às variações ambientais e atingir fins predeterminados da organização. Como se a burocracia profissional fosse desprovida de vontade própria. É o que insinua a racionalidade organizacional implícita nos argumentos, conotando a possibilidade de domínio de fatores incontrolláveis e uma forma de eliminar riscos e incertezas. Assim, adotar a organização como um ente racional parece mais apropriado para encarar o cotidiano com sua dinâmica repleta de variações, novidades e irracionalidade.

No entanto, é necessário contestar os modelos orgânicos. Segundo autores contemporâneos como Hebert Kaufman e Michael Keeley, comentados por MOTTA (2004), eles refutam os modelos orgânicos, por entender que estes favorecem a visão de interesses comuns, camuflando uma realidade maior presente na organização, que é dos objetivos e interesses individuais.

Esses estudos sugerem que ao centrar o foco nos objetivos organizacionais, na verdade estão sendo mascarados os variados objetivos e interesses individuais, tão verdadeiros quanto os primeiros.

A *participação*, enquanto elemento importante do processo decisório abarca uma dimensão política que não leva a soluções que possam emitir julgamentos com

base em padrões de racionalidade exclusivamente. Os modelos racionais mascararam os interesses subterrâneos existentes na organização.

O processo decisório numa perspectiva política é bastante complexo, sem princípio nem fim e com limites ambíguos. Para compreendê-lo é importante conhecer de antemão as características dos participantes, os papéis que exercem, a autoridade e os outros poderes que detêm, como se relacionam uns com os outros e se controlam mutuamente na organização (LINDBLON, 1981).

Concordando com este autor, a participação, elemento chave para se entender o curso da decisão para a hipertensão arterial, parece produzir alternativas de acordos, conciliações e ajustes, visando atender a um conjunto de interesses em jogo, mas sempre com uma avaliação inconclusiva.

Assim, escapam da percepção deste trabalho os interesses e objetivos subjacentes, não revelados nos discursos, mas que ficam implícitos nos diálogos manifestos durante o período de observação participante. Remete a um estudo posterior que aprofunde a dimensão política da decisão.

#### **5.4. A AÇÃO GERENCIAL NA MESOGESTÃO**

O **estímulo a decisão** foi analisado buscando reconhecer os impulsos que desencadeiam o processo decisório neste estrato da organização; se o estímulo inicial é motivado por uma *oportunidade*, *problema* ou *crise*.

Os achados revelam que o impulso originário da decisão para a gestão de uma condição crônica, no caso da hipertensão arterial, assume características de um problema.

Um *problema* sob a ótica científica pode ser uma discrepância entre uma situação real e uma situação considerada satisfatória, dada pela análise epidemiológica.

O problema requer mais de um estímulo, geralmente quando os gestores precisam sentir a situação antes de decidir (MINTZBERG et al., 1976).

Na linguagem matusiana, tem-se um problema quando um ator (planejador) está insatisfeito com determinada situação e ao mesmo tempo a considera evitável (HUERTAS, 1996).

Assim, neste âmbito de gestão, o impulso originário para a decisão da hipertensão arterial ganha status de um problema de saúde.

Um estímulo para a sua gestão percebida em campo é a identificação de indicadores epidemiológicos (mortalidade e morbidade) utilizados na construção dos planos municipais de saúde (plurianual e anual) e no delineamento do perfil sanitário da população cuiabana. Tais subsídios são apreendidos nos que argumentos que se seguem, indicando a hipertensão como um problema de saúde:

*O que mais mata eu acho que são as doenças hipertensivas, dentre elas todas... Todas as... Ligadas ao aparelho circulatório, da hipertensão arterial (...) Nós estamos trabalhando na atenção básica principalmente, muito em cima da hipertensão arterial e diabetes. São, além das outras que a gente tem como programas também definido... Mas a hipertensão arterial e a diabetes vem crescendo muito, muito. (...) Então a gente vem trabalhando, em cima, para combater, para ver se reduz essa quantidade de hipertensos e se as pessoas conscientizam que é uma doença que mata, que mata silenciosamente. (E 06)*

*Eu vou dizer pra você que hoje ela é uma doença do futuro. É uma coisa que vem crônica, uma doença crônica não transmissível e que ela está cada vez atingindo a população de uma idade mais baixa. Porque antes você tratava a hipertensão numa idade de 60 anos ou mais. Hoje cai até pra esse nível de 40 anos, 35 anos, você já vê gente morrendo de infarto do miocárdio por conta disso. Então a gente tem que tentar regredir essas condições. Captar o mais precoce possível esse problema de hipertensão arterial. (...) Não deixar que esse usuário venha a ter um infarto do miocárdio, ou venha a chegar a ter um AVC e uma complicação, uma debilitação física, em função de uma assistência inadequada, mal elaborada, lá na ponta. (E 05)*

No entanto, o discurso anterior sugere que a hipertensão arterial é um problema para o futuro, não sendo relevante hoje.

Nessa direção, o elenco de indicadores epidemiológicos apurados ao nível da meso gestão, através do SIS-HIPERDIA, parece não produzir efeitos positivos à tomada de decisão para a hipertensão arterial, observados pela inexpressiva retroalimentação no sistema municipal, seja da cúpula estratégica (macro gestão) para a base operacional (micro gestão) e vice versa.

*...nós temos um programa que é um programa que nós chamamos de SIS-HIPERDIA, que é o Programa de Hipertensão e Diabetes.*

*E isso também tá dentro do sistema do Ministério. É um programa do ministério; ele é disseminado pra toda a rede básica e a secundária faz a referência. (E 05)*

O **controle** da decisão foi estudado nas formas *normativas e remunerativas*, sendo que as formas *coercitivas* não foram percebidas neste âmbito.

Como resultado, percebe-se que o controle para a hipertensão arterial tem caráter *normativo* semelhante à macro gestão. Restringe-se ao cumprimento das metas pactuadas entre a esfera federal e o nível municipal, pela observância do elenco de indicadores epidemiológicos acordados no pacto de gestão. No limite, figura o indicador relacionado ao controle da hipertensão arterial (percentual de cobertura de hipertensos na população preferencial) e que deve ser acompanhado continuamente.

*... A gente tem um percentual que já é, que já vem de um estudo técnico do Ministério da Saúde, através de como eles fizeram o estudo técnico, nós também fazemos o nosso aqui, em cima daquele lá e dali sai a nossa meta. (...) O percentual do que nós teríamos de hipertensos em Cuiabá, pela população. (E 06)*

Entretanto, a baixa cobertura de hipertensos na população preferencial, já referido anteriormente, sugere não haver, no cotidiano da gestão, uma análise contínua dos dados produzidos no SIS-HIPERDIA que oriente o curso da decisão; embora o discurso seguinte declare a existência de mecanismos de controle formais, ainda que apenas para atender uma exigência de cronograma no cumprimento de metas anuais.

*A gente tem... A gente tem acompanhado o PTA, a gente tem feito as reuniões pra... Ver se a gente tá alcançando as metas. A gente tem metas pré-estabelecidas, a gente tem relatórios é... Trimestrais para saber se essas... Por que essas metas não foram cumpridas, se caso elas não foram... Não chegaram a ser cumpridas de 3 em 3 meses, pra gente ter algum plano de ação, para que essas metas sejam cumpridas até o final do ano, por que elas são estabelecidas até o final do ano. (E 06)*

Complementarmente, percebe-se a existência de outro relatório de controle, denominado de “não conformidade”, que busca além de acompanhar as metas

estabelecidas, fazer ações corretivas possíveis no andamento do Plano de Trabalho Anual.

*Nós fazemos também um relatório de não conformidade. Esse relatório de não conformidade é que vai, a gente vai estar colocando o porque que a gente não conseguiu atingir aquela meta, e ali planejar alguma ação para que a gente consiga esta meta. (E 06)*

Contudo, embora instituídos os relatórios de não conformidade, estes parecem não estar incorporados à prática cotidiana da organização. Não foi possível acessar tais documentos no momento da busca por evidências objetivas, embora a elaboração desses relatórios e seu acompanhamento estejam previstos como componentes de avaliação proposto no Plano Plurianual em curso, no capítulo V, página 32, como segue:

Os resultados “serão acompanhados mensalmente através de relatórios de não-conformidade e trimestralmente por relatórios de resultados emitidos por todas as Unidades (estratégicas, táticas e operacionais) da Secretaria” (SMS, 2005).

Como de fato é baixa a cobertura de hipertensos por área de abrangência, não foram percebidos, em campo, mecanismos de controle para restringir tal desconformidade. Também foram esparsas as decisões para modificar essa situação problema.

Ressalta-se que a meso gestão é a linha intermediária que conecta a base operacional ao topo da organização. Esta tem o papel de coordenar e motivar os profissionais a atingir os objetivos da organização (RUBIO, 1999) e também deve subsidiar a cúpula estratégica na tomada de decisão.

Nesse prisma, foram percebidas poucas ações no sentido de coordenar ações para incentivar os profissionais na direção dos objetivos organizacionais, sugerindo que embora a hipertensão arterial seja um problema relevante na meso gestão, tendo seu estímulo motivado pela definição de um indicador epidemiológico, este não tem sido utilizado a ponto de motivar os profissionais da base do sistema a agirem de modo a alterar o cenário de alta prevalência de hipertensão no município cuiabano.

Em sentido inverso, parece que a meso gestão também não vem produzindo e disponibilizando informações que possam subsidiar a cúpula estratégica, de modo a reorientar a tomada de decisão para a gestão da hipertensão arterial.

Na meso gestão observou-se mecanismos de *controle remunerativo* sem, no entanto, vinculá-los à produtividade do profissional com as metas da organização. Tampouco relacioná-los a programas específicos como é o caso do programa da hipertensão, como manifesta um entrevistado:

*A gente não tem premiação para cumprimento de metas. Na parte de metas a única premiação é um incentivo que a secretaria tem é para todos os profissionais de saúde, é um incentivo para os que não faltam sem justificativa plausível... Esse tem uma premiação. Mas exatamente para os programas de hipertensão nós não temos. (E 06)*

Concordando com MOTTA (2001), a utilização de premiações pode estimular os profissionais a um melhor desempenho, quando valorizados os critérios de qualidade e competência, ponto que merece ser mais bem trabalhado na organização em estudo.

*Então, eu falo que esse comprometimento... Não estou generalizando, nós temos ótimos profissionais na rede, ótimos! Mas a gente precisa sempre estar trabalhando essa parte de capacitação, sensibilização desse profissional e motivação principalmente. E uma das motivações que eu digo hoje é a parte também salarial, ser bem remunerado prá poder atender bem a população também. (E 05)*

Quanto a **informação** foram pesquisados os dois aspectos: *evidência científica e senso comum* (opiniões e experiência), buscando-se perceber o realce no uso de informações como orientação nas decisões para hipertensão arterial.

Neste âmbito, percebe-se que a informação por evidências científicas é presente na gestão da hipertensão arterial, revelada pela apuração de um conjunto de indicadores epidemiológicos estabelecidos no pacto de gestão entre a três esferas de governo.

*A gente tem, a gente tem os dados do Ministério da Saúde, certo? É...Através dos números do Ministério da Saúde nós estabelecemos*

*o que pode, o que nós podemos alcançar, o que nós não podemos, achamos que nós estamos muito longe, a gente vê no nosso... na série histórica, qual é o nosso desenvolvimento, a onde é que a gente pode dar um passo maior e nesse passo maior a gente pactua porque a gente vai para a série histórica.(E 06)*

Tais evidências científicas também fizeram parte da construção dos indicadores epidemiológicos e da formulação da política de saúde explicitadas nos documentos formais da organização e que exprimem a política de saúde em curso: tanto do Plano Municipal de Saúde, já elucidado na macro gestão, quanto no Plano de Trabalho Anual (PTA) 2007, ponto a ser discutido doravante. O PTA explicita como meta estratégica no item 1.3... “Reduzir o coeficiente de mortalidade por DAC de 125,4 para 124,8 /100.000hab. até dez. de 2007”; como medida tática: “Reduzir o coeficiente de mortalidade por Doenças Hipertensivas (20 anos e +)” e como meta tática “Reduzir o coeficiente de mortalidade por Doenças Hipertensivas de 32,9 para 32,5/100.000hab. (20 anos e +) até dez. 2007” (SMS, 2006).

Os discursos ulteriores ratificam a proposição formal:

*...é uma das nossas metas estratégicas é a morbi mortalidade por hipertensão, diabetes... Nós temos isso como prioridade. (E 05)*

*Anualmente elabora nosso PTA. O nosso PTA ele tá sempre na inversão do modelo à atenção voltada a isso. Então a gente vem com essa cultura de elaboração do PTA desde 2002. É... sistematizadamente esse PTA vem sendo anualmente sendo feito. (...) porque se tem essas metas, se nós temos um PTA é porque tem um estudo técnico é... Embasado na ciência, embasado em dados, em serie histórica e que a gente precisa estar cumprindo pra poder a gente chegar aonde a gente quer chegar um dia, que é ver um sociedade menos doente, tendo é... Mais saudável e trabalhando a promoção em saúde. Isso aí hoje a gente acha difícil, mas se a gente começa com esse trabalho e continua com esse trabalho, eu acho que daqui uns vinte ou trinta anos a gente tem uma outra situação diferente, um impacto diferente. (E 06)*

Outra evidência importante verificada em campo, como referência documental para este nível de decisão foi o Plano Nacional de Reorganização para a Hipertensão e Diabetes, editado pelo Ministério da Saúde.

No entanto, tanto os planos, manifestos explícitos da política de saúde em curso, quanto o elenco de indicadores epidemiológicos pactuados entre as esferas de

governo, são pouco valorizados na prática cotidiana da organização. Eles não se caracterizam como subsídios e instrumentos norteadores à tomada de decisão na perspectiva de uma condição crônica de saúde, como a hipertensão arterial, enquanto problema de saúde importante à população local.

Parece haver uma sobreposição de metas, algumas propostas no Plano de Trabalho Anual (PTA) e outras definidas ao nível do Ministério da Saúde, sugerindo que acompanhar determinada meta cumpre apenas uma exigência do pacto de gestão acordado entre as esferas governamentais.

*E as metas que também estão fora do PTA nós temos a cumprir e estar vendo, como nós estamos vendo, sistematicamente estudando o porquê que essas metas, algumas metas não estão sendo satisfatórias.(E 06)*

Implica em dizer que embora haja apuração dos indicadores epidemiológicos, estes não são utilizados no cotidiano da gestão como elemento orientador para o monitoramento de um problema de saúde, como a hipertensão arterial.

Nesse sentido, sugere que a informação por evidência científica tem pouca influência no processo decisório para hipertensão arterial.

Quanto à **comunicação**, buscou-se perceber a fluência da decisão neste espaço, correspondendo às atividades de disseminação sobre o progresso da decisão, tanto de caráter *formal* quanto *informal*.

*Se você vai para tomar uma decisão... Primeiro vai ser verbal, se conversa... Depois se tem alguma diretriz, que você... Já tá tudo certo, então ela vai ser documentada, então vai por documentos, né?"... Comunicação interna, ofício, comunicação... CI circular, interna circular, que são os mais usuais. (E 06)*

Como revelam os argumentos (anterior e posterior), a comunicação formal é mais usual aproximando do modelo de decisão organizacional prevalecente na organização.

*Ela acontece... A gente fala assim um termo oficial, mas prá "nós oficialmente", então é tudo no papel. Prá que aquilo, hoje dentro do serviço público o que você falou você tem que escrever e assinar em baixo, né? Então, a gente procura, às vezes numa fala verbal, alguns assuntos que você pode resolver verbalmente, via*

*telefone, você faz. Mas normalmente a gente se reporta com as unidades através de CI, comunicações internas. (E 05)*

Nesse aspecto, como o mecanismo de difusão preponderante é documental, percebe-se que a comunicação interna flui com dificuldade, é estrangulada, não ocorrendo uma conexão entre os estratos (macro, meso, e micro) da organização.

Tal afirmação pode ser abstraída do Plano Trabalho Anual 2007:

“Em continuidade a esse processo, o Plano de Trabalho Anual-2007 (PTA), foi construído com a participação de gestores e técnicos dos níveis estratégicos e táticos da SMS e representantes da CMS...” (SMS, 2006).

Este documento menciona que a sua construção contou com a participação da cúpula e da meso gestão, não incluindo a participação da base operacional. Sugere desconexão deste estrato e distanciamento das decisões estratégicas.

Nesse sentido, tem relevo acolher a rotina de disseminação da informação, pois ela implica em maior número de pessoas envolvidas na decisão e contribui para que os gestores tenham mais tempo na difusão sobre o progresso das decisões importantes (CORNÉLIO, 1999).

Se não ocorre uma disseminação oportuna das medidas estratégicas ao nível da micro gestão, fica difícil o acúmulo e a cooperação dos envolvidos à consecução dos objetivos organizacionais. Assim, o papel de coordenação e motivação dos profissionais na realização desses objetivos parece prejudicado, com revela um entrevistado:

*...que às vezes o que falta dentro da secretaria é informação. Fazer essa informação chegar até lá no nível operacional, disseminar pra aquele profissional que está atendendo a hipertensão... Falar pra ele... Olha na sua área de abrangência você vai ter 15 mil hipertensos para você tratar. São 15 mil pessoas que você vai ter que garantir assistência médica, garantir medicamento, garantir a referência dela para um nível terciário ou a contra referência para unidade básica, quando tiver...(E 05)*

Entretanto, em outra direção, percebe-se uma preocupação acerca da comunicação com o ambiente externo à organização. Destaca-se a disseminação da decisão favorecida pela interação trabalhador (pessoa envolvida na decisão) e seu interlocutor – usuário (pessoa interessada pela decisão).

*Porque às vezes uma informação que você deixa de dar ao usuário, que é um compromisso seu como funcionário, como servidor, como profissional da saúde é dar essa informação ou prestar essa assistência ao usuário. Às vezes uma informação mal dada pra esse usuário pode desencadear varias coisas pra esse próprio usuário. Às vezes aonde ele pode pegar seu medicamento prá hipertensão, onde que ele pode tratar com um cardiologista.*

Mas, escapa em perceber se o argumento anterior se refere a uma ação ou apenas uma boa intenção acerca do que “deveria ser feito”, mas não ocorre.

No que tange à comunicação com a comunidade percebe-se um esforço, ainda tímido, na disseminação das ações de promoção e controle da hipertensão arterial, que é traduzida em ações pontuais, em datas alusivas ao problema de saúde e em manifestações nas palestras a grupos específicos.

*Então a gente vem trabalhando muito. Realmente esse semestre que passou a gente trabalhou muito a promoção à saúde, com caminhada nos parques, mobilizamos primeiramente os idosos quanto a isso de Cuiabá, fizemos uma grande caminhada no parque Mãe Bonifácia até o Modelo da Miguel Sutil, com café da manhã, mas isso é para chamar a atenção da população. Fizemos uma outra ação na praça central sobre a hipertensão, mas também enfocando o fumo né, o tabaco. E a gente vem nas unidades de saúde, nós estamos assim, com palestras semanalmente, algumas mensalmente sobre isso também com o grupo de hipertensos. Então a gente vem trabalhando, em cima, para combater, para ver se reduz essa quantidade de hipertensos e se as pessoas conscientizam que é uma doença que mata, que mata silenciosamente. (E 06)*

Com relação a **participação**, componente importante na análise da decisão política, buscou-se conhecer o uso da influência exercida pelos gestores em linha de autoridade e do prestígio manifesto na cadeia de autoridade informal.

Os achados revelam o manejo de táticas políticas como a autoridade superior, a barganha e a asserção.

A *autoridade superior* manifesta-se na busca de apoio aos níveis mais altos da organização, para dar respaldo a pedidos.

*Então quando a gente tem alguma decisão... Alguma que vem das gerências, que vem das unidades e a gente reúne para tratar dessa decisão. Após isso a gente passa para direção, se a direção puder*

*já tomar um posicionamento, se posiciona e se não, a gente vai ao secretário. (E 06)*

A *barganha* implica numa decisão em grupo por consenso, pela coexistência de interesses próprios, como manifesta um entrevistado:

*Sempre ouvindo a todos. Antes de tomar decisões, eu procuro ouvir tanto a todos os envolvidos, como procuro opiniões também de pessoas da área, do assunto, de algum assunto que possa também estar contribuindo para que a decisão seja tomada a mais acertada possível (...). Quem participa é a direção, a coordenação, os técnicos responsáveis pelos programas, os servidores que não são também responsáveis pelos programas, mas são técnicos que também trabalham na atenção básica. (E 06)*

A *asserção* envolve uma abordagem direta e forte indicando que regras exigem obediência, como expressa um entrevistado:

*Existem coisas que é determinativa porque a cultura às vezes você tem estudos técnicos, muitas coisas que precisa ser, o caminho precisar ser um, mas você tem resistências e às vezes a pessoa acha outro caminho, mas você vem embasado em estudo. Então, quando você tem embasamento teórico, técnico tem que vir determinativa mesmo, para que se faça cumprir porque se não termina assim você termina perdendo é... O fio da meada, do que você tem que fazer né? (E 06)*

A abordagem da decisão pela conjugação de interesses e disputa política tem antecedentes com SIMON (1964, citado por BRAGA, 1987) que concebe organização como um sistema de coligações frouxas.

Nela, os participantes formam uma cadeia de coligações internas e agem em disputa por distribuição de poder e de recursos, independente de coligações externas, que concerne a grupos que podem influenciá-los como grupos de interesse, agências regulamentadoras, competidores e clientes (MINTZBERG, 2006).

Importa destacar que o processo decisório nessa perspectiva tem limites imprecisos, sem começo nem fim e leva continuamente a uma avaliação inconclusiva (LINDBLON, 1981).

Sendo assim, sugere-se estudo futuro que busque aprofundar a dimensão política da decisão.

## 5.5. A AÇÃO GERENCIAL NA MICROGESTÃO

A micro gestão se conforma na base operacional do sistema municipal de saúde. Caracteriza-se pelo desempenho dos trabalhadores com suas atribuições profissionais no envolvimento cotidiano com as pessoas no sistema. Locus onde se concentra a micro decisão, seus limites e possibilidades. O limite é outorgado pela autonomia do profissional e a possibilidade origina-se de ações inovadoras que possam aflorar como a incorporação da gestão da clínica, para o concurso da gestão dos fins aludida por MENDES (2001).

A gestão da clínica tem nos profissionais de saúde o alvo de maior relevância e o médico assume posição de liderança e responsabilidade no incentivo dos demais profissionais à consecução das finalidades da organização (RUBIO, 1999).

Neste âmbito foram entrevistados profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde da família (ESF), em áreas de maior prevalência de hipertensão arterial no território adstrito.

Por princípio, as equipes de saúde da família (ESF) não possuem uma gerência formal e, portanto, são os profissionais que assumem a cadeia de autoridade informal e que tomam decisão para a gestão da hipertensão arterial, neste espaço de trabalho (ESF).

*...eu e o médico, a gente trabalha muito bem junto. Então a decisão, por exemplo, se tem alguma coisa pra fazer com os agentes que ele acha que tem que melhorar, a gente senta e conversa com ele, então não fica assim só a mim, a gente sempre procura fazer as decisões juntas. (E 13)*

Todavia, no cotidiano da unidade, emerge que as funções gerenciais incidem preferencialmente sobre o enfermeiro.

*Eles chamam o enfermeiro “tem uma reunião com o gerente, não sei o que, do centro de saúde e com representante pra ver questões administrativas”, chamam o enfermeiro. A própria secretaria acaba fazendo que alguns dos profissionais médicos não entendam que essa parte de gerenciamento tem que ser dividida, porque eles mesmos endossam que o enfermeiro é o gerente, faz o papel do gerente, dentro da unidade, e acaba dificultando. (E 13)*

Nesse sentido, os achados revelam que nas equipes de saúde da família a tendência é similar. A ação gerencial, na prática, incide predominantemente sobre os enfermeiros, que assumem posição de liderança gerencial com contornos análogos a outros estudos (TEIXEIRA, 2002; VANDERLEI, 2005), os quais mostram que as funções gerenciais fazem parte do escopo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros.

Mas a autonomia do médico também é realçada, conotando um campo denso de práticas que pode levar a distorção dos interesses e objetivos da organização. A expressiva autonomia da prática médica e as possíveis relações de dominação dos médicos em relação às outras corporações comparam-se aos estudos de CECILIO e MENDES (2004) e que será discutida quando se analisar o *controle* e a *participação* na tomada de decisão.

Na perspectiva de mudança e inovação gerencial, pode-se avaliar que a gestão da atenção à saúde é uma reengenharia dos sistemas de saúde local com potência para discutir estratégias micro gerencial, através de um movimento dinâmico em âmbito microeconômico e molecular (MENDES, 2001). Direciona-se à gestão dos riscos populacionais, para a oferta e utilização de serviços, bem como para aumentar a eficiência e a qualidade da atenção e satisfação do usuário. Fixa-se, portanto, na gestão dos fins da organização de saúde.

Neste âmbito a discussão procura explorar duas perspectivas: considerando a Estrutura Básica de Tomada de decisão (MINTZBERG et al., 1976) e a utilização de tecnologias de Gestão da Clínica (MENDES, 2001, 2005).

### **5.5.1. A AÇÃO GERENCIAL NA MICROGESTÃO: ESTRUTURA BÁSICA DE TOMADA DE DECISÃO**

No primeiro enfoque, a linha de análise segue a discussão apresentada nos estratos da macro e meso gestão.

Nessa ótica, o **estímulo a decisão** foi estudado a fim de se reconhecer os estímulos que motivam o processo decisório; se o estímulo inicial para a decisão é desencadeado por uma *oportunidade*, *problema* ou *crise*.

Os resultados apontam que o impulso originário à decisão assume características de um *problema* no âmbito da micro gestão.

Sua identificação decorre de um estímulo externo à unidade, sendo a queixa do paciente o elemento central de motivação.

Assim, o processo decisório para a hipertensão arterial tem seu impulso originado pela queixa do paciente, que demanda espontaneamente um serviço de saúde, como declara um entrevistado:

*Geralmente a pessoa vem por demanda espontânea com queixa, ou porque passou mal no final de semana, ou porque tá sentindo, tá tendo algum sinal, apesar da hipertensão ser uma doença muito silenciosa, mas a maioria vem direcionada assim... “Ah! Eu estou com muita dor de cabeça”. E aí verifica a pressão, a gente orienta a pessoa, faz a avaliação, quatorze avaliações numa semana, duas vezes ao dia e dali a gente tira a média. (E 13)*

Sendo “problema” uma discrepância entre uma situação real (que incomoda) e outra desejável (que pode ser modificada), a decisão para a hipertensão arterial é reconhecida como um problema de saúde, a partir da queixa do paciente que busca solução para seu problema na unidade saúde.

Complementarmente observou-se um segundo estímulo, interno à equipe de saúde, impulsionado pela visita domiciliar do agente comunitário, que indaga as famílias visitadas sobre possíveis casos de hipertensão arterial.

*A outra forma é o agente abordar na casa durante a visita “tem alguma pessoa aqui dentro desta casa, que tenha pressão alta?” A maioria que tem ela relata, a gente acha interessante que alguns casos, felizmente não são muitos, omitem. Eu pelo menos nunca pensei que a hipertensão fosse uma doença que a pessoa quisesse esconder, e esconde. (E 12)*

Contudo, embora o processo decisório para a hipertensão tenha seu estímulo inicial com características de um problema de saúde, este problema parece não ser relevante entre os profissionais entrevistados, como revela um argumento:

*Hipertensão tem normal igual ao Brasil inteiro. Então não chama tanta atenção, não é um foco assim que foge do comum. (E 15)*

As evidências revelam que, entre as equipes pesquisadas, há um comportamento ainda tímido na busca de casos silenciosos de hipertensão arterial nos territórios adstritos, característica peculiar almejada no desempenho das equipes de saúde da família.

Também não se observou entre as equipes entrevistadas uma prática baseada em evidências, orientada pelo monitoramento de indicadores epidemiológicos e pela valorização do planejamento, como recurso gerencial importante.

Os achados sugerem um desempenho baseado em decisão terapêutica tradicional, individualizado, com baixa motivação e distante de um trabalho que congregue pessoas, famílias e comunidade.

*Você vai acomodando, achando que tá fazendo tudo perfeito e não é assim né! Eu faço pelo menos uma reflexão que não tá tudo bem né, às vezes eu faço muito... Trabalho aqui... Eu acho que é mais de postão do que de PSF, que é fazer esse atendimento individual. Eu saio daqui às vezes 11 e meia, 5 e pouco atendendo. Quer dizer, é uma coisa que deveria né... tá mais fazendo fora. (E 14)*

Sendo assim, observa-se que o elenco de indicadores epidemiológicos, produzidos na micro gestão e apurados na meso, não vêm favorecendo a tomada de decisão para a hipertensão, no sentido de motivar os profissionais às ações inovadoras que possibilitem alterar o mapa de alta prevalência de hipertensão arterial em Cuiabá.

*Só com as portas abertas aqui esperando essa população chegar, nós não vamos conseguir não! A gente vai conseguir tratar quem já está doente. (E 15)*

Quanto ao **controle** da decisão, também foram pesquisados os aspectos *normativo, remunerativo e coercitivo*, lembrando que a rotina de controle orienta o processo de decisão, pela consignação de limites e restrições no espaço decisório.

Como resultado observou-se que o controle da decisão para a hipertensão arterial assume um caráter igualmente *normativo*, se comparado aos demais níveis de gestão apresentados (macro e meso). Por seu turno, o processo decisório é tipicamente do modelo decisório organizacional, com escolhas que satisfaçam ao

decisor. Neste âmbito quem decide é sempre um profissional de saúde, médico ou enfermeiro.

A particularidade observada no espaço micro é o peso das normas e a diversidade de instituições que as impõem.

Primeiramente observa-se que as normas são exigidas pelas entidades de classe de cada categoria profissional, as quais, pela observância do exercício profissional, a exemplo dos médicos e enfermeiros, impõem limites e restrições ao desempenho dos trabalhadores no sistema de saúde, como expõem os argumentos:

*Eles, os técnicos e os agentes de saúde pela lei de exercício estão subordinados a mim diretamente (...) veio uma CI chamando pra avaliação de farmácia, que é uma coisa que tecnicamente pela lei do meu exercício não é minha responsabilidade, mas as técnicas de enfermagem que são da minha responsabilidade tão lá dentro. (...) mas a gente tem problemas porque muitas vezes o profissional médico não entende que as questões de gerenciamento são a cargo dele também... (...) Eu já tive problema com uma médica que eu saí de férias, nem relatório mensal ela quis fechar, porque ela disse que não era atribuição dela. (E 13)*

As instituições de caráter científico, por seu turno, a exemplo das sociedades científicas, também impõem limites à decisão terapêutica dos profissionais, pelo estabelecimento de normas como as diretrizes clínicas, protocolos e consensos para a hipertensão arterial.

*Tem as Diretrizes de Hipertensão 2006. A gente segue essa. (E 15)*

Outro limite na decisão é dado pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde (estadual e municipal). O Ministério editou o Plano Nacional de Reorganização à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus (MS, 2002), que vem sendo implementado nas esferas estaduais e municipais, através do programa de Controle da Hipertensão Arterial.

*Tem (uma normativa), a gente segue o programa do Ministério da Saúde de hipertensão arterial, de controle da hipertensão. Acompanhamento do paciente, a cada três meses com consulta médica e com consulta de enfermagem, avaliação dos riscos, a prevenção, a gente procura fazer. (E 13)*

Outras normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde que impõem controle a decisão são as normas operacionais, especialmente a Norma Operacional Básica 96, a Norma Operacional da Assistência 2001 e, mais recentemente, o Pacto de Gestão.

Tais dispositivos legais impõem restrições e limites às decisões (competências) das esferas de governo do SUS, pois seu arcabouço contém um elenco de indicadores epidemiológicos que devem ser monitorados e metas a serem alcançadas, como forma de estimular a organização do sistema e a melhoria da gestão da atenção à saúde nos municípios.

A cesta de indicadores pactuados contempla um indicador de cobertura para o controle da hipertensão arterial: percentual de hipertensos cadastrados pela população preferencial, que deve ser continuamente acompanhado de modo ascendente e descendente, pelas esferas de governo.

No entanto, a supervisão nas equipes, quando ocorre, vem buscando...

*Dados de hanseníase e tuberculose, a maioria das vezes, quando vem pra supervisão nesse sentido. Agora, hipertensão, não. (E 13)*

Em relação à meta para a hipertensão, um entrevistado revela que há uma pactuação...

*Com o Ministério da Saúde, e a Secretaria né? A Secretaria cada unidade tem a sua meta, baseada na sua população geral, aí a gente pactua através dos indicadores, da avaliação deles né? Baseado na nossa população total como... Quantos por cento a nossa população tem que ser esperada de hipertensos. (E 13)*

Todavia, quando o entrevistado é abordado sobre a sua prática diária e da equipe em relação ao acompanhamento sistemático dessa meta, o depoimento sugere que não há um olhar cotidiano de monitoramento de indicadores.

*Uma vez ao ano. Inclusive a ultima vez que a gente viu que tá bem longe dela, porque nosso número de hipertenso tá bem aquém da nossa meta era prá gente ter mais hipertensos. (E 13)*

O conjunto das exposições contrasta com a proposição do PTA 2007. Este descreve na ação 3: “Estruturar a rede de serviços de referência para assistência ao hipertenso e diabético”, tendo como procedimento correspondente: “Manter o cronograma de supervisão para monitoramento e avaliação das ações de assistência ao hipertenso/diabético” (SMS, 2006). Na ação quatro prevê a implementação do programa de hipertensão e diabetes mellitus, tendo como procedimentos importantes, o cronograma de supervisão e o monitoramento e avaliação do SIS-HIPERDIA.

Assim, no âmbito da Secretaria Municipal na perspectiva do controle normativo, não foram observados mecanismos de coordenação de trabalho, do tipo supervisão técnica, com vistas a analisar os dados produzidos e enviados pelo nível micro, para posterior retro alimentação do sistema, com o intuito de acompanhamento dos indicadores epidemiológicos, como salientam os argumentos:

*Fomos na reunião passada (na secretaria) eles só referiam que o Ministério da Saúde, que o pessoal da auditoria do Ministério da Saúde teve aqui e referiu que a meta inclusive, especificamente do PSF, está muito baixa, muito longe do que era prá tá, de descoberta de hipertensos, de hanseníase e tuberculose e de CCO. Eles falaram assim que tá uma vergonha. (E 13)*

*Eu nunca vi a supervisão vir com relatório pra cá sobre calendário vacinal, o dado que está ineficiente, não serve, não dá tá baixo, tem alguma coisa errada. Quem está errado? É a sala de vacina, é o técnico, a enfermeira, é o dado ou é o SIAB ou é a população? Nunca vieram com essa cobrança de lá pra cá. Vieram com outros motivos, mas com esse especificamente não. (E 15)*

Na perspectiva discutida por MINTZBERG (2006), o controle *normativo* presente na SMS parece impor mecanismos formais rígidos, típicos da burocracia mecanizada.

*No trabalho assim não. Vem mais pra cobrar, (a supervisão técnica)... Cobrar, cobrar horário, se alguém faltou se não faltou, por que faltou... São essas cobranças, mas supervisão... Até seria bom, é uma crítica né pra você melhorar seu trabalho... Ah, isso aqui tá errado, vamos melhorar isso! Eu acho... Você vai fazer o quê se você não tiver uma cobrança? Alguém prá criticar o que você está fazendo errado! Você vai acomodando, achando que tá fazendo tudo perfeito e não é assim né! (E 14)*

No entanto, embora haja rigidez no controle normativo, prevalece a autonomia características da burocracia profissional.

*O secretário determinou alguma coisa, vem por ofício. A gente cumpre ou não dependendo da necessidade local. Já veio coisas pré-determinadas pelo secretário, diretor de atenção básica, coordenador... Só que era inviável e não praticável aqui nessa unidade. A gente não cumpriu a gente não fez e não teve problema nenhum. Por quê? Porque é uma realidade diferente. (E 15)*

Subliminarmente, mecanismos de controle *coercitivo* foram percebidos, conotando uma gestão autoritária:

*A gente chama o supervisor pra estar vindo aqui, só que se a gente faz isso, a gente começa a ser visto como alguém que incomoda e corre risco de ser mandado embora. (...) Sou contratado e recentemente uma colega nossa, muito ativa, boa de serviço, que não tinha medo de nada, foi mandada embora sem aviso prévio, sem adversão verbal, sem adversão por escrito... E gerou um tumulto grande, uma manifestação de todos os médicos contra a direção da AB, mas não virou nada, ou seja, a secretaria de saúde virou um lugar de politicagem...E não é assim que funciona. Fazer política com sistema público de saúde hoje em dia é complicado, mas infelizmente ainda existe. (E 15)*

Neste âmbito também foram evidenciados elementos de controle *remunerativo* sem, no entanto, vinculá-los a produtividade do profissional às metas da organização, tampouco relacioná-los a programas específicos como o da hipertensão arterial, como demonstra um entrevistado:

*...mas não existe ninguém que cobre, nem supervisione toda essa situação, nem que se exponha à meta ser atingida não. Não se discute a ficha D que é lançada, não se discute o SIAB, não se discute nada. A única coisa que se discute é a quantidade de consulta que você está fazendo por dia, ou o dia que você vem. (...) É jeito a situação, mas meta, pacto a ser atingido, número de doentes ativos, qual a população ativa da unidade, não tem. (E 15)*

Convergente a uma segunda abordagem, não foi observado o uso de tecnologia de gestão que privilegie a contratualização interna, como a Gestão da

Patologia (MENDES, 2005). Esta modalidade de gestão, cuja discussão é ulterior, implica na escolha da condição ou patologia, na implantação de um sistema de educação permanente e de educação em saúde, na adoção de estratégias suplementares como feedbacks, lembretes e incentivos econômicos.

No conjunto dos argumentos apresentados e corroborando com estudos de MINTZBERG (2006), tanto o controle normativo, instituído por mecanismos de coordenação de trabalho como o ajustamento mútuo ou supervisão direta, quanto o controle coercitivo, via instituição de punições ou sanções, parecem provocar na burocracia profissional uma reação polar, indo da acomodação à indignação. Ambos promovendo resistências aos mecanismos de controle.

Em contraste, a burocracia profissional por deter outro mecanismo de coordenação de trabalho, a padronização de habilidades e pelo seu alto grau de especialização (*expertise*) impõe autonomia que pode levar a exageros discricionais, como discute DUSSALUT (1992) e MINTZBERG (2006). Os dois extremos parecem ser desastrosos.

Para a análise da **informação** também foram explorados os dois enfoques: *evidência científica* e *senso comum* (opiniões e experiência), com o intuito de se perceber a relevância no uso de informações como orientação as decisões para hipertensão arterial.

Na micro gestão, percebe-se que a informação baseada em evidências é mais usual do que as informações por senso comum. Este traço é realçado pelas características do trabalho profissional em saúde no manejo com o paciente, revelando uma forte tendência ao tratamento clínico tradicional embasado na formação do profissional (médico e enfermeiro), como expressa um argumento:

*E aí verifica a pressão, a gente orienta a pessoa, faz a avaliação, quatorze avaliações numa semana, duas vezes ao dia e dali a gente tira a média. Se for a média maior como preconizado aí a gente já agenda uma consulta médica pra ser avaliado, mas primeiro passa pela triagem, ele vai fazer a verificação da PA uma semana, prá poder ser avaliado se é realmente hipertenso ou se é só um pico hipertensivo que ele teve por alguma razão. (E 13)*

Nesse sentido, reitera-se que o mecanismo de coordenação de trabalho prevaiente é a padronização das habilidades, conforme elucida MINTZBERG (2006).

Quanto aos indicadores epidemiológicos estabelecidos no pacto de gestão, entre as esferas de governos, e que carecem de monitoramento na base operacional do sistema, estes parecem não ser relevantes, quando se refere ao acompanhamento da hipertensão arterial no espaço micro.

O que define a gestão da atenção para a hipertensão arterial neste âmbito é a decisão terapêutica, através da busca de evidências clínicas manifestas pelo paciente, particularmente a alteração da pressão arterial (PA) como balizador importante na rotina de investigação para decisão dos casos com hipertensão arterial.

*...uma vez com alguma queixa a gente vê a faixa etária. Vê IMC, a faixa etária, vê o estado, vê qual é a queixa, qual é a situação. Mesmo assim a gente afere PA três vezes, entendeu? Em tempos espaçados, no mesmo momento se o indivíduo tiver condições de ficar fica, se não a gente pede para fazer tabela de PA. A gente entrega uma tabela ele vai marcar os dias e a hora que ele mediu; de preferência duas vezes por dia ou uma vez por dia se ele conseguir, sempre no mesmo local e no mesmo horário. E aí quando ele terminar de preencher essa tabelinha... Não interessa... Dez medidas vinte medidas, aí ele trás para nós e a gente analisa se é hipertenso ou não, entendeu? A quantidade e os valores de PA aferidos. (E 15)*

Tais evidências também foram percebidas na utilização das normativas editadas pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, para orientação da decisão terapêutica.

*Tem as diretrizes de Hipertensão 2006. A gente segue essa. (E 15)*

*...a gente segue o programa do Ministério da Saúde de Hipertensão Arterial, de controle da hipertensão. (E 13)*

*Então depois que faz o HIPERDIA, é colocado no prontuário, pelo HIPERDIA a gente tem, a Secretaria tem a informação do que o paciente toma. O seguimento dele com o médico é a cada três meses. Se tiver com pressão alta, toda vez que vier, vai ter que fazer outra revisão, se não, se precisar, por exemplo, a cada três meses só trocar a receita passa só pela enfermeira se tiver sem queixas. Se já tiver num período, por exemplo, de seis meses até um ano, se tiver tudo bem com o paciente a enfermeira mesmo*

*solicita os exames de rotina, lembrando que o retorno com exames é para o médico tá avaliando. (E 12)*

Mas, quando se indaga sobre o planejamento na unidade, a relação desta com a finalidade da organização, percebem-se um distanciamento da política formulada, explicitada nos documentos formais da organização (PMS e PTA) e que exprimem a política de saúde em andamento.

*...porque o planejamento ainda é uma coisa muito distante da realidade que a gente vê. (E 13)*

Conota certo estranhamento dos profissionais da base operacional em reconhecer tais documentos como instrumentos potentes para operacionalizar a gestão de uma condição crônica, como a hipertensão arterial.

*Não estamos conseguindo um planejamento sistemático, sistematizar muito bem o planejamento... (...) A gente faz uma vez ao ano, o supervisor da Secretaria vem então a gente faz baseado nas metas do plano municipal. No ano passado à gente fez baseado no plano municipal de 2006, quais eram as metas que nos deveríamos atingir para atingir do plano maior que era do plano municipal. Algumas a gente colocou em prática, outras não. (E 13)*

*Tem algumas coisas que a gente programa e não acontece, né? Mas aí ela fica para frente. Já estamos em outubro que a gente já ia discutir esse plano e não houve esse momento... E eu deixei com ela esse plano. (E 12)*

*A gente planeja palestra, planeja visita, planeja consulta, troca o horário de consulta, o que vai fazer... Semanalmente isso é mudado, é feito o planejamento. A gente planeja fazer palestra em igreja, fazer teatrinho, fazer orientação em saúde. (...) Se discute gestão com alguém? Nunca fomos convidados não. (E 15)*

Entre as evidências objetivas colhidas na unidade pesquisada encontrou-se apenas o PTA 2006. O PTA 2007, ano de interesse da análise, não estava disponível para os profissionais da base operacional.

Assim, acolhe-se as declarações da OMS (2003) quanto a necessidade de se ofertar uma atenção planejada para as complicações previsíveis, ponto que deverá ser mais valorizado na gestão do sistema municipal de saúde de Cuiabá.

Nessa direção, o estranhamento percebido se acentua quando diz respeito ao cumprimento das metas, revelando certo descompromisso dos profissionais de saúde com as mesmas.

*São os indicadores do Ministério a base das metas né? A população geral e os cálculos dos parâmetros, que o Ministério de Saúde tem, pra cada agravo. Porque para cada agravo, ele tem um indicador específico. (E 13)*

As metas parecem ser “do Ministério da Saúde, da secretaria, da atenção básica, mas não são minhas” (grifo nosso), sugerindo que acompanhar certa meta cumpre apenas uma exigência do pacto de gestão celebrado entre os níveis decisórios meso e macro da gestão municipal e as esferas, estadual e federal, de governo.

Entretanto, no modelo decisório organizacional, os objetivos tendem a ser tratados como exigências da direção e que devem ser satisfeitas, mas sem abrir mão de seus próprios objetivos ou práticas.

*Avaliação que a gente faz aqui é mais empírica, nunca fizemos avaliação assim formal, dados e tudo. A nossa avaliação é mais através da observação diária, a gente nunca sentou pra consolidar dados, levantar tabela nada disso. (E 13)*

Assim, embora haja uma coleta de dados para envio regular ao sistema de informação de base nacional, como é o caso do SIS-HIPERDIA, não ocorre uma análise oportuna desses dados coletados.

*E não há uma prática em se estar avaliando aquilo que foi proposto no plano e na programação da unidade... (E 12)*

Tal argumento contrasta com as ações e procedimentos previstos na ação quatro do PTA 2007, que prevê atividades de implementação do programa de hipertensão e diabetes, entre elas, o monitoramento e avaliação do SIS-HIPERDIA.

Significa que a rotina de exploração do processo decisório para hipertensão arterial não realiza uma procura mais concentrada, com pesquisa de informações com

finalidades específicas. Não utiliza, por exemplo, os indicadores epidemiológicos como elemento orientador para o monitoramento de um problema de saúde.

*Existe. Tem as metas a serem atingidas, as metas de consulta tudo no Programa de Atenção Básica, do DATASUS e... Só que eu não... De cabeça eu não sei te dizer... (...) Essas metas existem como eu falei pra você individual... (...) É jeito a situação, mas meta, pacto a ser atingido, número de doentes ativos, qual a população ativa da unidade, não tem. Isso aí passa a ser individual. Acho que o pessoal lá também não sabe que existe tanta coisa de meta, pacto, essa situação não. (E 15)*

O argumento anterior sugere que o uso de indicadores epidemiológicos na base operacional, como informação importante, é utilizado timidamente na tomada de decisão, indicando pouca influência no processo decisório para hipertensão arterial, entre os profissionais de saúde.

Este fato corrobora com o indicativo inicial da discussão que aponta o modelo de tomada de decisão organizacional como o mais denso na organização. Concordante com MARCH e SIMON (1970), neste modelo a procura é menos concentrada, a escolha é sempre a mais satisfatória a quem decide, com decisões aceitas a priori, já experimentadas, repetitivas e pouco inovadoras. Feição típica de uma decisão programada.

Quanto à **comunicação**, buscou-se perceber a fluência da decisão neste estrato, tanto de caráter *formal* quanto a *informal*.

Os profissionais utilizam-se como meio de disseminação das decisões com o nível central da secretaria, as comunicações formais escritas, por meio da comunicação interna (CI).

*E formalmente também através de comunicação por escrito. Nós temos uma... Como é que chama? A pasta. Semanalmente a secretaria manda um motoqueiro que vem aqui e recolhe o material que a gente tem necessidade de encaminhar nesta pasta né...Por exemplo, precisa de cópias ou eu mando alguma comunicação de férias, eu mando os relatórios que são semanais, que isso aqui que a gente falou é mensal. Mas esse preenchimento do HIPERDIA ele é semanal, então ele é atendimento do dia. Então eu vou ter que encaminhar... Se eu cadastrei hoje um paciente, semana que vem eu estou encaminhando um cadastro novo. (E 12)*

Informalmente a comunicação se dá por telefone ou pessoalmente.

*A informal normalmente a gente pega o telefone e entra em contato lá com a coordenação, expõe o problema que está acontecendo aqui, por exemplo, se falta medicamento eu quero que eles... Dê uma resolutividade máxima possível. Às vezes falam... “Não! É lá no almoxarifado”. Aí a gente tem que fazer formal, né, porque tem que fazer relatório, fazer uma CI. Formal é através de CI mesmo. (E 14)*

Observa-se que existem obstáculos na comunicação, como relata um entrevistado:

*Como o ambiente da secretaria, eu diria mais ou menos, tem entraves ainda. Você liga se for verbal esquece. Você liga fala com dez pessoas pra pedir uma determinada coisa, dali dois meses a pessoa vem aqui brigando com você, e você vai lá e liga e fala “mas eu falei com fulano, fulano, fulano” “não, você não falou comigo”, então tem que ser tudo documentado e ainda assim a gente tem problema muitas vezes dependendo do que for né? (E 13)*

Sendo assim, a disseminação da decisão flui com dificuldade, sendo adjetivada nas entrevistas como “comunicação problemática”. Sugere que a comunicação não vem correspondendo às necessidades do serviço no espaço da micro gestão.

*Agora a comunicação ela é problemática, ela deveria ser melhor, até pra ajudar a melhorar certas coisas no serviço. Têm coisas que demora demais, você pede... Você pede, um aparelho de pressão fica três meses pra chegar, um aparelho de destro foi seis meses pra vim, a gente pede pra um, pede pra outro, aí você tem que se deslocar daqui, ir lá, uma xérox que você quer tirar, você tem que ir lá, por quê? Por problema de comunicação, porque não tava conseguindo fazer com o outro, a questão é que você tem que se deslocar até lá, meia hora, pra você tirar dez cópias. (E 13)*

Internamente, entre os membros da equipe de saúde da família, a comunicação ocorre verbalmente ou por escrito, por ocasião das reuniões de rotina, mas também apresenta dificuldades.

*Verbal pela reunião de equipe, a gente deixa registrada na ata, e também escrita. Eu sempre procuro deixar escrito, porque a gente tem problema demais com a comunicação... (...) Problemas na*

*comunicação entre os agentes e você, quer deixar um recado, você quer que faça alguma atividade, e às vezes um entende que é pra fazer de um jeito, outro entende que é pra fazer de outro jeito, e dali às vezes já a atividade não sai como você planejou, como a gente planeja às vezes, ou sai totalmente diferente, ou não sai. A comunicação é difícil. (E 13)*

Entretanto, observou-se no cotidiano da equipe de saúde da família, uma prática de reuniões de trabalho, embora de modo isolada, como estratégia de comunicação e difusão entre os membros da equipe, quanto ao progresso de decisão para os casos de uma condição crônica.

*É reunião! Hoje tivemos uma reunião que teve muita gente que... “Ah, não vai ter reunião porque a (enfermeira) não está aqui, acho que não vai ter reunião”! Não! Se não tiver (enfermeira), tem reunião, se eu não estiver aqui tem reunião (...). Só que quando eu não estou nem a (enfermeira) está eles não fazem reunião... Ficam sem né... Discutir os casos, ver a necessidade. Por exemplo, hoje mesmo como estava menos... Peguei alguns exames e olhei o que é necessário passar na frente, porque tem caso que você pode mandar para a fila, agendar consulta para o retorno, mas outros não. Você vê ali, às vezes a (enfermeira) que faz a sua solicitação de exame, vem de fora... Você vê aí... Uma alteração, por exemplo, a dona Lurdes nem sabia que tinha diabetes e estava lá 258. A primeira vez veio com glicosúria, né, aí eu falei... Ué? Aí não fizeram a glicemia, não sei se estava faltando material, mas realmente não foi feito. Aí eu pedi para fazer a glicemia em jejum, orientei a agente de saúde para falar para ela fazer direitinho, que de repente... Será que não urinou numa garrafa de Coca-Cola, depois... Porque o idoso aqui tem isso, se você não explicar... (E 14)*

Concordando com CORNÉLIO (1999) a rotina de disseminação da informação é fundamental, pois implica em mais pessoas envolvidas na decisão, favorecendo maior tempo para que os gestores possam comunicar quanto ao progresso dessa decisão.

Nesse sentido, foi possível observar uma rotina (ainda tímida) de disseminação da informação sobre a hipertensão arterial com a comunidade local, como forma de orientação quanto aos riscos da doença e uma tentativa de mantê-los sob controle no programa.

*Toda quinta-feira pela manhã, no máximo uma hora, a gente faz palestra aqui. Como são essas palestras? São divididas em quatro temas: primeira semana do mês hipertenso... (...) A gente planeja palestra, planeja visita, planeja consulta, troca o horário de consulta, o que vai fazer... Semanalmente isso é mudado, é feito o planejamento. A gente planeja fazer palestra em igreja, fazer teatrinho, fazer orientação em saúde... (...) Mas os hipertensos que a gente tem aqui a gente mantém sempre com as receitas atualizadas, os exames em dia, fazemos as palestras. O que nos ajuda com toda essa população? São os grupos de reuniões de Educação e Saúde. Porque quanto mais informação a gente passa prá esse pessoal, menos problema e dor de cabeça a gente tem. Então menos é... Suspeitas ou crises hipertensivas, ou eminência de infarto, entendeu? Então a gente trabalha bem esse lado de prevenção. (E 15)*

Contudo, quando a comunicação se refere aos outros níveis de gestão na organização (meso e macro) a manifestação de um entrevistado indica baixa capacidade de comunicação:

*Difícil. Tá proibido fazer reunião na segunda, tá proibido de fazer reunião na sexta... Você está convocado para fazer um curso quinta e sexta obrigatoriamente! Entendeu? Mudou a quantidade de exames a serem feitos por dia, troca o dia do exame, tudo por ofício. Nada pessoal, nada de reunião... A gente até tem um grupo, nós médicos do programa de medicina de família, fazemos uma reunião todo mês na primeira semana do mês e a gente convida os gestores, o coordenador e o supervisor, mas é muito difícil ir alguém. Muito difícil... Não aparece! (E 15)*

Tal afirmação converge com a descrição do PTA 2007 que expressa uma construção com “a participação de gestores e técnicos dos níveis estratégicos e táticos da SMS...” (SMS, 2006), denotando baixa comunicação com a base operacional do sistema.

Percebe-se que a disseminação vertical das decisões para a hipertensão arterial é incipiente, pois a baixa capacidade de comunicação das decisões tomadas no espaço macro e meso desencadeiam uma ruptura no percurso do processo decisório nos demais estratos.

Horizontalmente, entre os membros da equipe e destes com a comunidade, a comunicação também ocorre debilmente.

*A gente tem um grupo de hipertensos que a gente se reúne uma vez no mês, pra avaliar a situação daquele grupo, até pra ficar um grupo de apoio. É uma participação pequena, em relação ao grupo que a gente tem, nós temos duzentos e vinte e dois (222) hipertensos, no grupo participa acho que uns trinta, a participação é pequena... Porque a população não tem aquela consciência da prevenção ainda, mas a gente procura usar como normativa, a gente tem as consultas, a verificação sistemática da pressão arterial, os exames de rotina dos hipertensos e o grupo como atividade de promoção e prevenção, os grupos de hipertensos. (E 13)*

Sendo assim, não foi percebida uma rotina de disseminação do processo decisório adequado que possibilitasse a fluência da decisão para a hipertensão nos espaços micro, meso e da macro gestão; e vice versa.

Por fim, pesquisou-se a **participação** como elemento significativo para compreensão da rotina política da decisão, manifesta pelos gestores, no caso, os profissionais de saúde que atuam em linha de autoridade informal, pela influência de seu prestígio na unidade. O argumento seguinte revela a influência do enfermeiro em linha de autoridade informal:

*Não, não tem a prática realmente. Tem assim... O que tem de prática, Ana é que é muita coisa assim... Nada se resolve assim... Bate na porta do médico, sabe? Tudo é na porta do enfermeiro. (E 12)*

Entretanto, a micro gestão ou gestão da clínica enfoca os profissionais de saúde de grande responsabilidade e o médico assume posição de destaque, responsável em incentivar os outros profissionais para a consecução dos objetivos institucionais, corroborando com RUBIO (1999). É o que se apresenta no argumento:

*... Porque a gente sabe que culturalmente o médico manda. A gente sabe que é assim. Outro dia na ultima reunião eu falei “se você tivesse falado de tal forma tinha acontecido”, a gente sabe quem manda é o médico, ou quando chega numa unidade “quem é a chefe?” é o chefe que manda então prô paciente o médico falou, na maioria né, algumas situações a gente sabe que tá mudando essas coisas também, mas os mais antigos ainda respeitam mesmo o médico. Eles valorizam a visita do médico, ele fala “puxa o doutor, doutora fulano veio na minha casa”, acham importante a visita. (E 12)*

Assim, para influenciar o processo decisório da hipertensão arterial neste âmbito, foi possível observar em campo o uso de métodos ou táticas políticas, sendo mais presente a *barganha política* e a *asserção*. Encontrou-se ainda, a *criação de senso de urgência*, a *autoridade superior* e *sanções* como táticas políticas acessórias.

No caso da decisão para a hipertensão arterial percebe-se a utilização da *barganha* no discurso:

*Aqui como é uma equipe a gente decide junto. (...) A gente aqui sempre procura tomar as decisões em conjunto, mesmo aqueles que estão subordinados. (E 13)*

A *asserção* é percebida quando se usa de uma abordagem direta, forte, tal como a exigência de concordância com pedidos...

*Mas agora, lógico que tem algumas vezes que as pessoas confundem, você dá liberdade a pessoa para tomar a decisão junto, com a pessoa não fazer nada, as vezes eles confundem muito, então chega uma hora que você tem que falar, “não! você vai fazer isso”. (E 13)*

Mandar indivíduos fazer o que lhes é solicitado, indicando que regras requerem obediência ou uso de repetição de lembretes como expressa um discurso:

*Por isso, por dificuldade de estar tomando o remédio que se tem que tá com o agente mais próximo, a gente tá pedindo prô agente “fique mais próximo dessa família, fique mais próximo desse paciente, aumente mais o numero de visita prá tá vendo. Só deixe quando tiver certeza que, ou deixe assim mais quando tiver certeza que tá tudo correto ali dentro, né?”. Então uma vez hipertenso, vai ser sempre hipertenso, o remédio que se toma é para o controle, então a gente passa pra todos, e não é pra deixar de passar nunca eu acho, até prô agente comunitário lembrar. (E 12)*

O uso da *autoridade superior* emerge quando se busca apoio de níveis mais altos na organização para respaldar pedidos. Neste caso a participação indica haver uma hierarquia decisória entre os gestores da unidade (médicos e enfermeiros) e demais trabalhadores (agentes e auxiliares de saúde). Estes vêm apresentando as necessidades do serviço e procuram apoio nos níveis mais elevados da cadeia de

autoridade (informal) da unidade, procurando legitimar o pleito, como expressam os argumentos:

*... Porque a gente sabe que culturalmente o médico manda. A gente sabe que é assim. (...) A gente tá aqui para fazer diferente, né? Não estamos aqui para fazer... a mesma coisa que a gente fazia quando trabalhava no outro setor, antes de vir para PSF. Então a questão da visita é importante e a gente tá chamando a atenção para isso e é... O enfermeiro que tem que fazer isso... Com o auxiliar é, né! Diz que é! E com o agente... Mas eu sei que é principalmente com o agente, com o auxiliar o médico também pode. É isso que eu tenho enfrentado lá com a médica “você também pode!” Com o auxiliar pode, agora com o agente, o agente é um pouquinho... Tem uma vírgula, com o agente, é principalmente com o enfermeiro. Agora com o auxiliar o médico pode. O médico não vem só me reclamar... “ah, falei com o fulano, o fulano não fez!” Não fez, então vai tomar satisfação dele por que ele não fez, não venha me queixar pra eu poder fazer alguma coisa. Aí fica como você... Você toma uma atitude de fazer isso também. Então tá faltando também isso, um envolvimento maior do auxiliar, do nível médio. (E 12)*

Manifesta-se também pelo envolvimento com a cadeia de autoridade formal da secretaria.

*O secretário determinou alguma coisa vem por ofício a gente cumpre ou não dependendo da necessidade local. Já veio coisas pré-determinadas pelo secretário, diretor de atenção básica, coordenador... Só que era inviável e não praticável aqui nessa unidade. A gente não cumpriu a gente não fez e não teve problema nenhum. Por quê? Porque é uma realidade diferente. (E 15)*

Presente também nos achados a criação de senso de urgência; tática política que utiliza fatos e dados para criar no grupo senso de importância do momento vivido, percebida na declaração:

*Eu acho que se você for a outros PSFs não sei se foi isso mesmo... É o enfermeiro que tem que tocar adiante junto com os agentes. Eu sempre digo para eles “se a gente não levar isso adiante, morre!” Tem algumas exceções que eu vejo... De alguns exemplos de algumas equipes, muito poucas exceções... Mas se o enfermeiro não carregar muita coisa nas costas fica a desejar. (E 12)*

As *sanções* acontecem pelo uso de recompensas e punições derivadas da organização. Implica, por exemplo, ameaçar demissão como expressa um entrevistado:

*A gente chama o supervisor prá estar vindo aqui, só que se a gente faz isso, a gente começa a ser visto como alguém que incomoda e corre risco de ser mandado embora. (E 15)*

No conjunto, os argumentos revelam que a autonomia e o prestígio das categorias profissionais, especialmente do médico, seguido do enfermeiro, exercem forte influência no processo decisório para hipertensão arterial. Tem destaque a ação gerencial do enfermeiro, como foi discutida a priori.

Tais fatos convergem a outros achados na literatura, que apontam que no discurso em saúde as ações desenvolvidas, embora contenham um caráter integral e intersetorial, na realidade, são marcadas pela parcialidade e fragmentação do setor. As relações de poder, o micropoder, o verticalismo e a burocracia são alguns dos aspectos que conspiram contra uma atuação mais efetiva dos gerentes dos serviços de saúde (MANDELLI e FEKETE, 1997; CECÍLIO e MENDES, 2004) e que gera em fragmentação de responsabilidade.

Ressalta-se que o Plano de Trabalho Anual 2007 (PTA) “foi construído com a participação de gestores e técnicos dos níveis estratégicos e táticos” da secretaria (SMS, 2006); e de representantes do Conselho Municipal de Saúde. Porém, não buscou alianças com a base operacional por intermédio da convocação e participação efetiva dos trabalhadores nos processos de construção de políticas e de se fazer gestão no cotidiano do sistema de saúde local.

Assim, a relativa autonomia outorgada aos profissionais de saúde é manifesta em gradientes, percebida tanto pela escassez quanto pelo excesso de autonomia, como discutem CAMPOS e CAMPOS (2006). As duas frações tendem a ser calamitosas, levando a inação do sistema. A falta de cooperação dos trabalhadores merece mais atenção dos gestores da cúpula estratégica que devem buscar a congregação dos trabalhadores a práticas gerenciais inovadoras e que possam promover mudanças exitosas no sistema de saúde.

Concordante com NIOCHE (2005), na perspectiva política a organização abarca um conjunto de jogadores, que podem ser indivíduos ou grupos, dotados de interesses e objetivos próprios, controlando diferentes recursos de poder como autoridade, status, recursos financeiros, idéias e informações. A organização não tem objetivos claros a priori. Os indivíduos ou grupos conduzem estratégias particulares a partir de sua própria situação.

### **5.5.2. A AÇÃO GERENCIAL NA MICROGESTÃO: TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA**

A segunda perspectiva analítica buscou evidências quanto à utilização das tecnologias de gestão da clínica (MENDES, 2001; 2005), como elementos importantes no processo decisório de uma condição crônica, como a hipertensão arterial.

A aplicação dessas tecnologias nos serviços de saúde tem sido difundida como alternativa inovadora que enseja padrões clínicos ótimos, eficiência e menor risco aos usuários e profissionais, de modo a prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2005).

Buscou-se então, através dos relatos dos entrevistados, perceber se há no processo decisório da hipertensão arterial elementos importantes que contemplam as tecnologias de gestão da clínica: as Diretrizes Clínicas, a Gestão de Patologia, a Gestão de Caso, a Lista de Espera e a Auditoria Clínica (MENDES, 2001).

Como resultado foi possível identificar que o processo decisório para a hipertensão arterial possui fragmentos (elementos) dessas tecnologias.

No entanto, não se observou no cotidiano da gestão, um encadeamento das decisões de modo a assegurar padrões clínicos ótimos, uma prestação de serviços efetiva, bem como uma preocupação na busca pela qualidade de atenção à saúde, no caso, para a hipertensão arterial.

Não há um contínuo de atenção à saúde. Isto em se tratando de unidade de saúde da família, padrão ouro quando se refere a novas abordagens na gestão da atenção à saúde.

Como já mencionado, as Diretrizes Clínicas são compostas por linhas-guia e protocolos clínicos. Na perspectiva de sua utilização, observa-se que os profissionais de saúde seguem uma diretiva nacional editada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, no caso dos médicos. O Plano Nacional de Reorganização de Hipertensão e Diabetes, editado pelo Ministério da Saúde, é mais claramente utilizado pelos enfermeiros.

*Tem as diretrizes de Hipertensão 2006. A gente segue essa. (E 15)*

*...a gente segue o programa do Ministério da Saúde de hipertensão arterial, de controle da hipertensão. Acompanhamento do paciente, a cada três meses com consulta médica e com consulta de enfermagem, avaliação dos riscos, a prevenção, a gente procura fazer. (E 13)*

Quando se investigou sobre a utilização de Protocolos Clínicos, os achados revelam que os mesmos não vêm fazendo parte do cotidiano neste espaço micro.

*Não. Já vem pronto, já vem pronto do Ministério da Saúde. Que nós como PSF, tanto enfermeiros como médicos vamos montar os nossos protocolos... Começou agora há pouco tempo... Tem pré-natal, tá tendo, pré-natal e puericultura, só esses dois por enquanto. (E 14)*

Mas, há um sutil indicativo de processo em construção como manifesta um entrevistado:

*E aí aproveitando a reunião que nós tivemos, ontem foi de protocolo médico que os enfermeiros participaram. Nós temos um protocolo a parte, mensal; e o médico também tem, a parte, mensal... E de 2 em 2 meses a partir de ontem ficou estabelecido que o médico e o enfermeiro vão se reunir também a cada 2 meses, isso só em PSF... Prá estar discutindo os protocolos e os encaminhamentos. Por exemplo, do enfermeiro já tá pronto o protocolo de pré-natal e puericultura... Existem outros que estão prontos que a gente vai tá vendo como é que vai fazer... A gente sabe que do médico já tá pronto, de hipertensão tá pronto... Eles trabalharam mais em patologias e nós a principio estávamos trabalhando as normas e rotinas, o funcionamento da unidade, que também já está pronto, só falta vir para mudar a data. Já tá pronto só falta trazer prá unidade... É assim que é para ser trabalhado em toda a unidade, para seguir estes parâmetros todos... Desde a recepção, como é que vai ter que ser o atendimento... Tá tudo pronto já para todas as unidades. (E 12)*

As evidências subjetivas, observadas no relato dos entrevistados, anunciem um processo em construção de protocolo clínico para hipertensão arterial, corroborando a explicitação feita no PTA 2007, ação quatro, no procedimento: “Elaborar e validar o protocolo de assistência ao hipertenso e diabético” (SMS, 2006). Contudo, não foi encontrada uma proposta de protocolo para hipertensão, entre as evidências objetivas consultadas na SMS.

Quanto à Gestão de Patologia, os achados revelam que ela é incipiente, estando prejudicada na medida em que não existe implantada uma das diretrizes clínicas que é o protocolo clínico para a hipertensão arterial.

Entretanto, foi possível observar que há uma preocupação entre os profissionais em realizar algumas atividades relacionadas à gestão da patologia, tais como, educação em saúde, estímulo à promoção e prevenção; uma prática (incipiente) de programação local calcada na divisão de tarefas entre os profissionais, mas sem relacioná-las a um planejamento anual e sem validar esta programação mensalmente através da análise dos indicadores epidemiológicos. Há traços de estratégia suplementar, como a utilização de lembretes entre os profissionais, manifestos no argumento de um entrevistado:

*Então uma vez hipertenso, vai ser sempre hipertenso, o remédio que se toma é para o controle, então a gente passa pra todos e não é pra deixar de passar nunca eu acho, até pro agente comunitário lembrar. A hipertensão é uma doença que não tem cura, ela tem tratamento. (E 12)*

Com relação à Gestão do Caso, os resultados apontam para inexistência dessa tecnologia. Não existe uma prática em se designar um gestor para um caso e vinculá-lo ao paciente (usuário), com vistas a promover o auto cuidado e a maior autonomia do usuário como forma de garantir a continuidade do cuidado. Não se utiliza de técnica em planejamento para alcançar resultados custo efetivo e ter como resposta a melhoria da qualidade da atenção.

Os achados revelaram não haver processos de desenvolvimento de Gestão de Caso como: a identificação do problema, a elaboração do plano do caso, a seleção do caso, a implementação do plano do caso, o monitoramento e avaliação do plano do

caso, como aponta MENDES (2005). Evidenciou-se, contudo, uma prática de se fazer estudo de caso em equipe como forma de melhorar a abordagem com o paciente e a relação deste com a unidade, revelados nos argumentos:

*Não. A gente até tá tentando fazer, a estudar os casos, avaliar, fazer um perfil da população hipertensa. Só que a gente não tá conseguindo por que... Por causa do tempo pra reunir. O tempo nosso é o maior vilão, a gente tá tentado, porque nós estamos vendo o seguinte, que a gente tá tendo problema com os hipertensos, tanto de adesão ao tratamento, como de acesso, na maioria das vezes. Nós temos duzentos e vinte e dois, mas no mês só cinquenta tão conseguindo passar por avaliação médica ou avaliação de enfermagem. Então a gente quer fazer um perfil dessa população prá tentar investir nessa prevenção, até porque a gente pode ter algum paciente que tá descompensado, em casa, por ter dificuldade de acesso. (E 13)*

*A gente aproveita as reuniões de equipe prá fazer isso. (...) Toda semana a gente tem reunião. E quando tem algum caso a gente cita nessa reunião pra ver o que pode decidir em equipe prá poder tá auxiliando, no caso, o paciente. A gente tem aqui muito casal de idoso que moram sozinhos, que são hipertensos, e que de vez em quando aparece com algum problema prá gente, esperado né? (E 12)*

Quanto à Lista de Espera, observou-se que no ambiente interno, entre a equipe e o paciente, estabelece-se um critério de ordenação de risco, como menciona um entrevistado:

*Não, a gente não faz a lista de espera, não temos esse costume. Mas o agente de saúde ele costuma anotar, fazer uma anotação pessoal daqueles que ele vê que tá precisando, que ele vê na visita ele tá precisando de um atendimento e aí ele vem. Os que são mais graves que a gente ver o risco, ele sempre vem conversar comigo, e agora como eu comecei a atender, a minha agenda é um pouco menor, mais fácil marcar, então eu geralmente faço a primeira avaliação e passo para o médico. (E 13)*

Externamente, com os demais espaços de gestão, especialmente com o sistema de referência, também se estabelece um critério de estratificação de risco, embora não seja específico de pacientes hipertensos.

*Tem (lista de espera)... Mas não é só os hipertensos não..É e todo mundo!... Não é só o hipertenso não! Hipertenso se precisar de uma angiografia, de um eco, qualquer coisa... Algumas coisas que*

*já estão batidas, que já está na cabeça do povo, como exame de sangue, fezes, urina e eletro... Sai fácil. Por quê? Todo mundo sabe o que é e pra quê serve. Então isso aí sai fácil e rápido, os outros exames que hoje em dia são determinantes para alguma doença, não. (E 15)*

Também merece destaque a morosidade no atendimento referenciado.

*Se ela ver que tem necessidade de uma avaliação de cardiologista, porque o hipertenso pode ter problema cardíaco também? Ou não, mas se ela perceber que há algum problema, ela faz o encaminhamento e demanda um pouco de demora, porque passa pelo 0800 e coisa e tal. Isso no caso, não é urgência, é uma necessidade. (E 12)*

*É na primeira vez, pelo menos uma vez ao ano. Fundo de olho né, pelo menos uma vez ao ano. São exames que todo hipertenso tem que fazer uma vez ao ano, mas são demorados, às vezes a pessoa acaba não fazendo. Demora muito, eletro demora chega de quatro meses pra ser autorizado, demorando demais, então, se é uma situação mais grave a gente, se é um paciente, por exemplo, passando mal, paciente chegou com pico hipertensivo, aí a gente já encaminha para o Pronto Socorro. Mesmo que não seja uma hipertensão muito alta, mas se for pra fazer um eletro naquele momento, tem que encaminhar, porque a pessoa não consegue um eletro de hoje para amanhã. Então a gente acaba referenciando. (E 13)*

Por fim, no que tange à Auditoria Clínica, não foram encontrados indicativos de sua utilização, como expressa um entrevistado:

*Oh, no momento, nós não estamos realizando esse tipo de auditoria por causa da falta de profissionais. (...) mas o correto no procedimento de auditoria era nós fazermos auditoria preventiva em todas as unidades... Estamos estudando pelo menos uma auditoria de grande alcance aqui na secretaria, uma auditoria preventiva. Que não é de denúncia, ela é preventiva. (E 01)*

Assim, não se observou a utilização de critérios de análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos para o diagnóstico e o tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes como elucida MENDES (2005).

## **5.6. A GESTÃO DE UMA CONDIÇÃO CRÔNICA NO SSS DE CUIABÁ: ALGUMAS REFLEXÕES**

Com base nos argumentos apresentados e considerando os achados desvelados no percurso, é possível assinalar algumas reflexões.

O sistema municipal de saúde de Cuiabá conforma um Sistema de Serviços de Saúde (SSS), e, portanto, mais restrito ao setor saúde. Nele o SUS é majoritário, com arranjo fragmentado e vários pontos de atenção (unidades de saúde) que se comunicam debilmente, trabalham de modo isolado, percebido pelo frágil mecanismo de comunicação horizontal, entre as unidades de saúde, e vertical, entre os estratos do sistema.

O modelo de decisão dominante é tipicamente organizacional, dado pelo o arcabouço jurídico institucional do Sistema Único de Saúde brasileiro, eminentemente normativo.

Como desenho organizacional, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) tem uma configuração que congrega duas burocracias. Uma burocracia tipicamente mecanizada, com autoridade formal no topo (cúpula estratégica) e decisão centralizada; linha intermediária e núcleo operacional na base, com decisões complementares. A base operacional é constituída de uma burocracia profissional importante, formada por profissionais de saúde que detêm conhecimento e habilidades (*expertises*) com forte apelo de autonomia e liberdade de decisão para o trabalho profissional. Especialmente o profissional médico, seguido do enfermeiro.

Esta configuração híbrida favorece a mesclagem de vários modelos de tomada de decisão na organização, pois embora haja forte influência do modelo organizacional, o modelo político e o modelo intuitivo estão presentes, complementarmente.

Por seu turno, o modelo político de decisão se manifesta na tensão existente da convivência das burocracias. A burocracia mecanizada emergindo do topo para a base, com decisões centralizadas, rigidez de controle e uma burocracia profissional na base operacional, resistente ao controle que emerge da autoridade formal, sem motivação para buscar inovação nas decisões, de acordo com suas habilidades profissionais, sugerindo grande acomodação.

O cotidiano da gestão municipal se apresenta de forma similar às descrições feitas na literatura, ocorrendo de modo desordenado onde temas de curto prazo se misturam com os de longo prazo, muitas reuniões com poucas soluções; pressões do ambiente externo, revelando uma realidade “caótica” no dizer de um dos entrevistados, carecendo de gestores com capacidades de decisões rápidas e eficazes. Como discute o modelo intuitivo de tomada de decisão.

No entanto, o que se percebe é uma inércia institucional observada no dia-a-dia da organização. Uns pensam que mandam e outros fazem que obedecem. Daí o jogo empatado, como assevera MINTZBERG (2006).

Os operadores do sistema, compostos pelos profissionais de saúde que trabalham na base do sistema municipal de saúde, possuem conhecimentos e habilidades que lhes conferem status de *experts* (MINTZBERG, 2006). No entanto encontram-se desmotivados, passivos, atrelados a uma gestão normativa, autoritária, com forte apelo a controles rígidos.

Do ponto de vista da ação gerencial, na dimensão maior da organização pode-se inferir que os gestores do sistema municipal de saúde de Cuiabá têm uma estreita compreensão da visão estratégica da organização em que atuam. Conhecem, grosso modo, a missão, a finalidade e as prioridades da organização que gerem.

Esta visão macro ganha materialidade no ambiente organizacional, expressa na política formulada, explicitada nos documentos formais da secretaria e presente no discurso dos entrevistados.

No entanto, como aponta VASCONCELOS (2006), não se percebe na prática cotidiana da organização uma convergência entre a política e gestão, conotando certa disjunção entre formular a política e fazer gestão consoante à primeira. Percebe-se uma desconexão entre aquilo que se formula enquanto política importante e a implementação dela no fazer da gestão na organização, caracterizando-se muito mais como uma gestão dos meios, onde a decisão central tem ênfase na aplicação dos recursos, financeiros, humanos e de materiais, do que levar a termo a gestão dos fins, entre elas a gestão da atenção as condições crônicas, como preconiza MENDES (2001) e declara a OMS (2003).

A lógica de trabalho é reativa, de respostas rápidas favorecendo a atenção as condições agudas. Ela é necessária, mas não suficiente para responder ao imperativo em saúde que aponta para a magnitude das condições crônicas.

A utilização de ferramentas de gestão, como o planejamento e a informação, para tornar as organizações de saúde mais flexíveis ainda é aparente. Porém, registra-se a existência de um núcleo de planejamento engajado nos processos de inovação gerencial, mas sem permeabilidade na base operacional do sistema.

Assim, formular políticas e fazer gestão na SMS parece não estar alinhada à finalidade maior de uma organização sanitária em produzir saúde ou aumentar o gradiente de saúde da população, na perspectiva do que acenam as evidências científicas atuais.

Na macro gestão o processo decisório para a hipertensão arterial é motivado externamente, oportunizado pelo Ministério de Saúde. Este por seu turno, considerando as características do modelo de gestão preconizado pelo SUS, eminentemente normativo, institui um modelo de decisão do tipo organizacional, convergente ao do sistema municipal de Cuiabá.

Como um dos estímulos do processo decisório é provocado externamente, os achados sugerem que os gestores locais (dirigentes e trabalhadores) têm a hipertensão arterial como uma condição crônica pouco importante. Internamente, quando a reconhece, a decisão decorre de um estímulo por crise, desencadeado pela falta de medicamentos e a necessidade conseqüente de manutenção de estoque na rede. Uma gestão de meios (recursos materiais), como adverte MENDES (2001).

Nesse sentido, o sistema municipal funciona despreparado para gerir as condições crônicas de saúde.

Embora a OMS tivesse publicado um documento importante sobre os cuidados inovadores às condições crônicas (2003), onde alerta sobre a provável epidemia, os gestores continuam tímidos, agindo de modo descompassado. Estes, ainda não deram conta da guerra anunciada, continuando a tomar decisões olhando para trás, no curso da história, privilegiando as condições agudas e gerindo os meios em saúde (recursos humanos, materiais e financeiros) e não os fins em produzir saúde, em seu sentido mais amplo.

A hipertensão arterial é problema? Sim, para o usuário que demanda o sistema quando a doença deixa de ser silenciosa, se manifesta com queixa e busca por cuidado. É problema também para os pesquisadores, para a comunidade científica que tem produzido evidências científicas apontando à severidade do problema, mas não tem conseguido alertar os gestores de modo a alterar o quadro de inação no sistema municipal de saúde de Cuiabá.

Concordando com VASCONCELOS (2006), o desempenho do sistema está ameaçado, pois embora tenham ocorrido avanços na configuração do sistema, via competência técnica/ política dos dirigentes e da burocracia sanitária, esta não foi suficiente para vencer a inércia institucional preponderante nas administrações estaduais e municipais.

O processo decisório para a hipertensão arterial, no espaço da micro gestão, investigado nas equipes de saúde da família, tem seu estímulo à decisão motivada preferencialmente pelo usuário que chega na unidade de saúde, espontaneamente, com queixa, em busca de tratamento. Entre os profissionais de saúde a hipertensão aparece como problema de saúde pouco relevante. Este fato, observado em campo, aponta certa contradição do ponto de vista da atuação profissional, que não tem incorporado na sua prática cotidiana a busca de casos silenciosos nas micro áreas da população adstrita, como preconizam os princípios para o trabalho em equipe de saúde da família, sugerindo estudo posterior para aprofundar esta discussão.

A comunicação parece ser o elemento estrangulador do processo decisório para a hipertensão arterial. Os achados desvelaram que a disseminação nas decisões para a hipertensão arterial não flui de maneira vertical, isto é, do topo para a base e vice-versa. Em sentido horizontal, também há dificuldade: baixa capacidade de comunicação entre os pontos de atenção à saúde (unidades de saúde), com a comunidade e usuários da área de abrangência.

Indica que a coordenação exercida na meso gestão não desempenha o papel articulador do topo com a base, demonstrando fragilidade. Os gestores da meso gestão não têm motivado os profissionais da base operacional ao desenvolvimento de cuidados inovadores às condições crônicas.

A comunicação formal é o veículo mais freqüente, utilizando-se da comunicação interna como meio prevaiente para a disseminação das decisões.

Revela-se com baixa capacidade de difusão dentro da organização, sendo considerada entre os entrevistados, um ponto fraco da organização.

A comunicação informal ocorre de maneira verbal, por telefone ou presencial, através de visitas aos setores. É bastante utilizada, porém ainda pouco valorizada como mecanismo indutor para disseminar as decisões importantes na organização. É necessário valorizar mais a comunicação informal na SMS, pois uma boa gestão se faz com conversa, com muito diálogo entre as pessoas que participam da organização, como recomendam KLIKSBERG (1994) e MOTTA (2004).

Em relação à comunidade, a comunicação está restrita à realização de palestras educativas para grupos de risco, entre eles, os hipertensos. Observou-se uma baixa adesão ao tratamento para a hipertensão e não foram encontrados outros mecanismos comunicacionais para melhorar a aderência ao tratamento da hipertensão arterial.

Congruente a OMS (2003), os problemas mais observados no âmbito micro sugerem certa inaptidão para organizar o tratamento das condições crônicas. Os profissionais de saúde trabalham desprovidos de ferramentas e perícia para gerir os problemas crônicos; a prática não está orientada pelas evidências científicas; existem falhas na abordagem da promoção e prevenção na atenção clínica de rotina; os sistemas de informação não estão organizados; há falta de conexão com os recursos da comunidade.

VASCONCELOS (2006) observa que o cotidiano da gerência dos serviços de saúde imprime uma realidade aquém do almejado, restringindo-se a atividades rotineiras, em promover o registro de dados, executarem ações programáticas pré-estabelecidas, exercer algum controle sobre o trabalho, mas com pouca inserção nos processos de trabalho.

Como consequência, a gestão dos fins é tolhida, não se produzindo saúde no âmbito da micro da gestão, mas doença.

Liderança e capacidade em lidar com conflitos são habilidades pouco frequentes nos gerentes do sistema de saúde (VASCONCELOS 2006) e que dificultam o desempenho das equipes de saúde (MOTTA, 2001).

Dois problemas adicionais comuns neste nível foram observados: falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e falta de ênfase na

qualidade da interação com o pessoal da área de saúde. Esta escassez pode ser aclarada pela não incorporação de tecnologias de micro gestão, a exemplo da gestão da clínica (MENDES, 2001), enquanto alternativa de superação da atenção clínica tradicional e de potencializar ganhos em saúde.

Como anuncia este autor, existe uma crise nos Sistemas de Serviços de Saúde, observados pela fragmentação, verticalização e centralismo nas decisões do sistema e que tem gerado ineficiência, má qualidade dos serviços e insatisfação do usuário.

Esse colapso manifesta-se principalmente no âmbito municipal, à semelhança do que vem ocorrendo no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, especialmente nas unidades de saúde, porque é nesse espaço (micro gestão) que as ações em saúde acontecem e é nele que os usuários deparam e convivem com a debilidade do sistema.

Como o caso em estudo assemelha-se a outros sistemas de saúde, em último exame, é possível elencar pontos e tecer alguns comentários que podem contribuir para a mudança e inovação gerencial no local pesquisado:

1 - Desenvolver uma forma de gestão mais consensual, colegiada, menos autoritária parece mais adequado a uma organização pública que gere um sistema de saúde fragmentado. Motivar uma gestão que combine valorização do trabalhador de saúde, mas imponha limites aos exageros da prática profissional abusiva. Desse modo, privilegie o desempenho e autonomia profissional mesclando-a com compromisso social; ao tempo em que deve instituir mecanismos de controle e coordenação de trabalho para prevenir os efeitos indesejáveis do excesso de autonomia de prática profissional e do corporativismo.

2 - Destacar a definição de mecanismos para a tomada de decisão, envolvendo os profissionais na formulação de objetivos e orientações mais gerais estimuladas na macro gestão, bem como na avaliação dos seus resultados na micro gestão. Assim, convidar os profissionais a uma participação por responsabilidade e não por ordens a cumprir parece mais coerente.

3 - Incentivar a prática de reflexão estratégica ao nível de micro gestão, na unidade de saúde, lá onde as coisas de fato acontecem, de modo a construir

coletivamente e continuamente o cenário de atuação, missão, valores e objetivos de sua unidade de trabalho.

4 - Responsabilizar os operadores (profissionais) na criação de um ambiente favorável ao trabalho multiprofissional; e em promover a inserção dos usuários no processo de integração com os serviços e a comunidade; é um grande desafio para gestão das organizações públicas de saúde.

5 - Congregar os trabalhadores ao processo gerencial. Desse modo à gestão tende a ser mais democrática, mais participativa. No entanto, devem-se tornar claro quanto às regras do jogo, pois existe a possibilidade de uma politização excessiva, principalmente quando os dirigentes são indicados por critérios políticos e não por competência técnica.

6 - Buscar acordos entre os partícipes de que os objetivos precisam ser debatidos durante a formulação, mas que precisam ser respeitados após sua adoção, parece possível de aplicação no cotidiano da gestão.

A gestão nas organizações de saúde deve levar em conta o ambiente contingencial, de mudanças rápidas, requerendo grande capacidade de adaptação às transformações demográficas, epidemiológicas e sociais. Exige dinamicidade e flexibilidade. Uma gestão burocrática não dá conta, pois está descompassada ao ritmo dinâmico dos ambientes organizacionais presentes na sociedade contemporânea.

7 - Buscar alternativas de ação que superem os contornos rígidos e ordenados do modelo de decisão organizacional predominante; promovendo a interlocução entre as duas burocracias existentes (mecanizada e profissional).

8 - Propiciar práticas convergentes às necessidades do sistema de serviços de saúde. Cada vez mais a complexidade dos problemas de saúde presume competência no trabalho multiprofissional, exigindo dos dirigentes maior habilidade gerencial na seleção das prioridades.

9 - Motivar os trabalhadores parece ser o meio favorável ao desenvolvimento de competências com capacidade criativa, de cooperação, de responsabilidade e inovação. Estudos recentes sobre as forças propulsoras do trabalho mostram que as pessoas, quando adequadamente estimuladas, mobilizam energias e adquirem outros modos de comportamento que normalmente não buscariam.

9 - Instituir propostas de valorização do trabalho, como reconhecimento social, prêmios e gratificações como forma de associar melhoria de desempenho.

Na concepção de MENDES (2006), o devir na gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde altera o foco da tomada de decisão, minorando a decisão baseada em recursos e opiniões e privilegiando a decisão baseada em evidências, o que ainda não tem ocorrido no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, pelo menos no que tange à gestão da hipertensão arterial.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A importância da gestão para a hipertensão arterial implica em alteração no processo de trabalho e modelo de atenção a saúde como modo de promover mudanças para a consolidação do SUS.

Entretanto, se mudanças não ocorrerem, os sistemas de saúde continuarão evoluindo de modo ineficiente e ineficaz, ao tempo em que a prevalência das condições crônicas seguirá aumentando, entre elas, a hipertensão arterial.

Nesse contexto, a luz do que foi discutido é possível sugerir que a gestão no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da tomada de decisão, não contempla de modo oportuno uma condição crônica como a hipertensão arterial.

A gestão direciona-se à resolução de problemas agudos e não a atenção contínua das condições crônicas. O foco da gestão está nos meios e não nos fins em saúde.

Desse modo, enquanto o modelo de tratamento agudo for hegemônico, os resultados da saúde que, de outra forma, poderiam ser mais favoráveis, continuarão debilitados.

A tomada de decisão centra-se mais em recursos e opiniões do que em evidências científicas.

O desenho organizacional da SMS reúne duas burocracias (mecanizada e profissional) que convivem numa tensão manifesta pela relação do poder central e com os trabalhadores que operam o sistema, resultando em reações polares que não vem contribuindo para o sucesso da gestão.

Nesse escopo, os gestores pesquisados parecem ter pouca amplitude do que seria uma gestão pública em saúde, especialmente aqueles posicionados nos níveis mais elevados da macro gestão. As organizações públicas de saúde possuem especificidades e geram exigências que precisam ser melhor alcançada pelos tomadores de decisões, não atribuindo a saúde um lugar comum.

As características e exigências das organizações públicas de saúde impõem a necessidade de gestores com competência para conduzir sistemas de serviços de saúde, de modo a direcioná-los aos fins a que destina. Remete a necessidade de escolha de gestores com conhecimento ampliado sobre a saúde, e que desenvolvam capacidades e habilidades gerenciais sintonizados com a complexidade de um sistema de serviços de saúde.

Contudo, há que se realçar que a gestão municipal abarca um conjunto de trabalhadores com larga experiência em gestão do SUS, na grande maioria com pós-graduação, especialmente em áreas de saúde. Estes experts revelam autonomia no manejo de suas habilidades no cotidiano da gestão.

Esta autonomia carece de ser mais bem aproveitada. A questão é achar a medida necessária que combine valorização profissional com responsabilidade institucional e social.

Nesse sentido, os gestores precisam motivar mais os trabalhadores à cooperação e inovação gerencial para o alcance dos fins em saúde, ao tempo que devem promover a realização dessas pessoas.

Outro relevo da gestão municipal é a prontidão as demandas emergenciais, na provisão de medicamentos, entre eles os anti-hipertensivos, como também a contratação de médicos, para a manutenção da rede de atenção a saúde. Uma valorização da gestão dos meios.

Nesse prisma, sem minorar a gestão de meios, tem sentido de contribuição apontar uma alternativa de gestão que coopere no aprimoramento do Sistema de Serviços de Saúde local.

A proposta de Sistema Integrado de Saúde (SIS) amplia o escopo da gerência, na perspectiva de abarcar a gestão dos fins, além da gestão de meios. Assim, propõe alargar o gradiente de saúde da população, pela adesão da gestão dos pontos de atenção e da gestão da clínica.

O Sistema Integrado de Saúde tem sido assinalado como uma das tecnologias de gestão com potência para responder as condições crônicas de saúde. Essa modelagem em rede congrega os pontos de atenção promovendo a participação, a comunicação e a valorização do planejamento situacional. Inverte a lógica de planejar, de dentro para fora, focado na demanda de doente, para planejar de fora para dentro, focando as necessidades das pessoas numa população adstrita.

Entretanto, o sistema vigente funciona estrangulado, não havendo uma integração entre os estratos (macro, meso e micro), o que remete para a necessidade de evolução e ajustamento em cada um deles.

Em resposta à fragmentação do sistema, que vem gerando ineficiência, baixa qualidade dos serviços e insatisfação do usuário, sugere-se a implantação da Gestão da Clínica como uma das tecnologias que compõe o Sistema Integrado de Saúde.

Investir na utilização de tecnologias de gestão da clínica no nível micro pode reordenar os pontos de atenção à saúde (unidades de saúde), de modo a responder de maneira mais adequada à gestão das condições crônicas de saúde, entre elas, a hipertensão arterial.

Isto porque há um entendimento de que é nesse espaço micro ou molecular que podem ocorrer os maiores ganhos em eficiência e qualidade nos sistemas de saúde.

Nesse âmbito, é primordial para o aperfeiçoamento dos cuidados às condições crônicas focar o comportamento dos pacientes e aumentar as habilidades de comunicação dos trabalhadores da saúde. A atenção aos problemas crônicos deve ser coordenada por meio de evidências científicas, para orientar a prática e os recursos da comunidade precisam ser integrados, a fim de se obter ganhos significativos.

Como foi observado uma desconexão entre os estratos, é necessário que os gestores posicionados na meso gestão responsabilizem pelo papel de articuladores entre a base e o topo do sistema, como também pela motivação e coordenação dos profissionais na micro gestão.

No âmbito da macro gestão, os vínculos com os trabalhadores do sistema precisam ser restaurados, as conexões inter setoriais serem fortalecidas e o financiamento, melhor coordenado.

Nesse estrato, recomenda-se melhor articulação entre serviço, ensino e pesquisa, de modo a incorporar os resultados das pesquisas acadêmicas realizadas em Cuiabá, como evidências científicas para a tomada de decisão. Sugere-se a criação de centros de evidência para suporte ao gerenciamento mais oportuno às condições crônicas e outras necessidades em saúde.

Por fim, para adequar a gestão às condições crônicas, reitera-se que os tomadores de decisão precisam desenvolver capacidades e habilidades gerenciais coerentes com a gestão pública em saúde. Conhecimento sobre a gravidade do problema, liderança para tomar uma atitude, um entendimento claro sobre a situação atual do sistema de saúde que gere e um plano de ação que de fato aconteça.

Estas são algumas possibilidades que podem favorecer o aprimoramento da gestão no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, para imprimir nova direcionalidade ao sistema num contexto de complexidade e incerteza.

Este estudo não pretende extenuar o assunto, mas iluminar pontos sobre a decisão para uma condição crônica num sistema de saúde local. Assim, aponta caminhos para outras reflexões que busquem o aprofundamento nessa temática.

É o que se pode acenar como contribuições.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida C, Szwarcwald CL, Travassos C, Viacava F, Novaes HMD, Noronha JC, et al. Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro; 2003. 258p

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bataglia W, Yamane CT. O processo decisório de antecipação de surpresas estratégicas. FACEF pesquisa. 2004; 7 (2): 54-72.

Birner R, Wittmer H. Transformando el capital social en capital político: cómo adquieren influencia política las organizaciones locales. Comentário por César Nicandro Cruz, Colección de Reseñas. 2002. Disponível em: <http://www.ii.gov.org>

Bosi MLM, Mercado FJM, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

Braga N. O processo decisório em organizações brasileiras. RAP. 1987; 21(3): 35-57.

Brasil. Constituição da República Federal do Brasil, 1988, com as alterações adotadas pela EC 01/92 a 52/2006 e EC de revisão 01 a 6/96. Brasília: Senado Federal, 2006.

Campos AM. Decisão e informação gerencial. Rio de Janeiro: EBAP/FGV; 1998. (mimeo).

Campos FA, Ribeiro OC. Planejamento e gestão estratégica: conceitos e ferramentas. Brasília: ENAP; 1999.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. O método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Campos RO. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-149.

Campos RO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 669-688.

Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 837- 868.

Cassanelli T. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Cuiabá: Estudo de base populacional [dissertação de mestrado]. Cuiabá: UFMT; 2005.

Castellanos PL. Sobre o conceito de saúde/doença: descrição e explicação da situação de saúde. Trad. de EF Ferreira. In: Sório RER, organizador. Planejando a saúde no município: proposta metodológica para capacitação. Rio de Janeiro: IBAM-ENSUR. 1995; p.29-36.

Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade. 2004; 13:39-55.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF; 2003. 248p.

Cornelio RR. A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização de saúde pública: um estudo sobre o processo decisório na secretaria de saúde do município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1999.

Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz, MLEF. Guia de apresentação de teses 2.ed. São Paulo: FSP/USP; 2006.

Dallari D. Elementos da Teoria Geral do Estado. 19 Ed. São Paulo: Saraiva; 2003.

Drucker, PF. Peter Drucker na prática. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

Dussault, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. RAP. 1992; 2:8-18.

Gascó M, Equiza F. Formulación de políticas públicas de transición a la sociedad del conocimiento: el caso argentino. Disponível em: <http://www.iigov.org>

Garcia GG. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev. Panam Salud Publica. 2001; 9:406-12.

Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Ferreira ABH. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.[S.l.]: Positivo; 2004.

Heyde R, Heyde, MED. Implementando modificações no estilo de vida. Rev. Brasileira de Hipertensão. 2004; 11:102-104.

Huertas F. Entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP; 1996.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico do Brasil. 2000

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico do Brasil. 2002.

Jiliberto RH, Alvarez-Arenas MB. Modelos de conocimiento para la formulación de políticas en contextos de incertidumbre: el caso de la política de contaminación hídrica por la agricultura en Chile. Disponível em: <http://www.iigov.org>

Junquillo GS. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. *Gestão & Produção*. 2001; 8 (3): 304-318.

Kliksberg B. Uma gerência pública para os novos tempos. Trad. Brito, M. *Revista do Serviço Público*. 1994; 118p. 119-142.

Lemos ALC. O processo decisório de criação do Centro Cultural Banco do Brasil. *RAP*. 1997; 4: 266-82.

Lindblon CE. O Processo de decisão política. Brasília: UNB; 1981.

Lucchese PTR, Aguiar, DS, Vargas T, Lima LD, Magalhães R, Monerat GL. Políticas públicas em saúde pública. In: *Informação para Tomadores de decisão em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004. 90p.

Lustosa PH. Curso de planejamento e gestão estratégica: conceitos e ferramentas. *Textos de Apoio*. Brasília: ENAP; 2000 (mimeo).

Mandelli MJ, Fekete MC. A administração estratégica em unidades de saúde. In: *Organização Pan-americana de Saúde. Desenvolvimento de Recursos Humanos*. Brasília; 1997; 255-259.

March JG, Simon HA. *Teoria das Organizações*. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV; 1970.

Matus C. Adeus, senhor presidente. *Governantes e governados*. São Paulo: FUNDAP; 1996. p.5-39; 310-370.

Matus C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP; 1997.

Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. 176p.

Mendes EV. Apresentação sobre a gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI. 2004.

Mendes EV. *A gestão da clínica*. Apresentação sobre as experiências brasileiras, 2005.

Mendes EV. Apresentação no 28º Fórum de Debates do Projeto Brasil: Políticas de Saúde. São Paulo, 06 de abril de 2006.

Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde - um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

Merhy EE. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. Caderno de Textos. VERSUS Brasil, 2004.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

Mintzberg H, Raisighani D, Theret, A. The Structure of “Instructured” Decision Process. Administrative Science Quarterly, jun, 1976.

Mintzberg H. Criando organizações eficazes. Estruturas em cinco configurações. 2 ed. São Paulo: Atlas; 2006.

Mintzberg H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Trad: Maria Adelaide Carpigiani. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Miranda AS. Elementos normativos e conjunturais para a discussão sobre a qualidade na gestão (inter) governamental do Sistema Único de Saúde. Documento de circulação restrita. Versão preliminar de uma série de textos produzidos em trabalho de consultoria para a Organização Pan-americana de Saúde. Brasil, 2005.

Möller RC, Oliveira FM, Fonte JR. A intuição e suas máscaras: as armadilhas do ilógico na Teoria Gerencial Contemporânea. RAP. 1993; 27 (1): 87-96.

Morgan G. Imagens da Organização. São Paulo: Atlas; 1996.

Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 144 p.

Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2004. 256p

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília, DF; 1998.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Aula de Hipertensão Arterial. Brasília, DF; 2002.

MS - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). DATASUS. Óbitos causados por doenças do Aparelho Circulatório. 2000. [acesso em 15 de março de 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro – situação e desafios atuais. Brasília, DF; 2005.

MS - Ministério da Saúde. [acesso em 28 de janeiro de 2006]. Disponível em: <http://www.datasus.gov>.

Nioche JP, Strategor et al. *Stratégie, structure, décision, identité : politique générale d'enterpisa*. 4<sup>a</sup> éd. Paris: Dunod; 2005.

Nobre F, Lima NKC. Hipertensão Arterial: conceito, classificação e epidemiologia. In: Mion Jr D, Nobre F. *Medida da pressão arterial: da teoria a prática*. São Paulo: Lemos; 1997.

Noronha JC, Lima LD, Machado, CV. A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: *Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Ministério da Saúde. Brasil, 2004, p.45-94.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Enciclopédia. Disponível em: <http://www.observport.org/OPSS/Enciclopedia/G/?page=1>, [acesso em 15/08/2008].

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF; 2003.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4): 299-316.

Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.

Peters T, Waterman R. *Vencendo a crise*. Rio de Janeiro: Harper e Row; 1983.

Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1<sup>a</sup> Reimpressão. 2006.

Rosário TM. *Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Nobres-MT: Estudo de base populacional [dissertação de mestrado]*. Cuiabá: UFMT; 2007.

Rubio VO. *Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones (para la gestión sanitaria)*. Seminario los retos directivos ante la gestión de la efectividad. Escuela Andaluza de Salud Pública, 11-12 de noviembre de 1999; Granada, Espanha.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, São Paulo; 2006. 48p.

Simon, HA. *Comportamento Administrativo. Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas*. 2 ed. Rio de Janeiro:FGV; 1970.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. *Assessoria de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2006-2009*. Cuiabá, MT; 2005.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Assessoria de Planejamento. Plano de Trabalho Anual 2007. Cuiabá, MT; 2006.

Teixeira RA. O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho de enfermagem. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: USP; 2002.

Tobar F. Modelos de Gestion em Salud. 2002. [acesso em 09/07/2007]. Disponível em <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/modelos-de-gestion-en-salud.pdf>

Tobar S. Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1999.

Vanderlei MIG. O gerenciamento na estratégia saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão [tese de doutorado]. Ribeirão preto: USP; 2005.  
O gerenciamento na estratégia da saúde da família 2005

Vasconcelos CM. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: Castro JL Formiga JMM, Vilar RLA, organizadoras. Política e Gestão em Saúde: Reflexões e Estudos. Natal: Observatório RH NESC/UFRN; 2006. p.49-68.

Vergara SC. Razão e intuição na tomada de decisão: Uma abordagem exploratória. Revista de Administração Pública (RAP). 1991; 25 (3).

Vergara SC.. Sobre a intuição na tomada de decisão. Revista de Administração Pública (RAP). 1993; 27(2).

Yin RK. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Zadsnajer L. Formação em planejamento estratégico. Rio de Janeiro; 1989. (mimeo).

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA**

#### **I - Característica do entrevistado:**

**Identificação e perfil profissional: função, tempo de trabalho e vínculo com a organização, formação profissional e experiência em gestão do SUS.**

#### **II – Roteiro básico:**

- ✓ **Missão da organização**
- ✓ **Formulação e implementação de políticas de saúde**
- ✓ **Plano Municipal, Plano de Trabalho Anual**
- ✓ **Diretrizes e Protocolo para a hipertensão arterial**
- ✓ **Desenho Organizacional**
- ✓ **Estrutura Básica de tomada de decisão: estímulo a decisão, controle, informação, comunicação e participação na tomada de decisão**

#### **III – Roteiro complementar:**

- ✓ **Tecnologias de gestão da clínica para hipertensão arterial sistêmica (Diretrizes Clínicas, Gestão de Patologia, Gestão de Caso, Gestão dos Riscos da Clínica, Lista de Espera e a Auditoria Clínica).**

## APÊNDICE 2 – MODELOS DE TERMO DE COMPROMISSO

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**Universidade Federal de Mato Grosso**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Pós-Graduação**

Prezado senhor(a), Cuiabá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

Convido-o para participar da pesquisa sobre **A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo de caso.**

Trata-se de um estudo que está sendo desenvolvido pela mestranda **Ana Conceição Calhao**, trabalhadora do Sistema Único de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, sob a coordenação da professora Dra **Wildce da Graça Araújo Costa**, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso.

O objetivo é analisar a gestão de uma condição crônica de saúde (hipertensão arterial) no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da tomada de decisão. É uma pesquisa qualitativa que busca estudar a tomada de decisão para um problema crônico de saúde (hipertensão arterial), onde a investigação dar-se-á através de uma entrevista semi estruturada e de análise documental, buscando compreender como ocorre a tomada de decisão nos diferentes espaços de gestão, de um sistema de serviços de saúde, no caso em estudo, o município de Cuiabá-MT. Portanto também solicito autorização para gravá-la para maior fidedignidade das informações.

Como este estudo busca analisar aspectos da gestão municipal a partir do olhar dos principais envolvidos (gestores, trabalhadores), isso carece de sua participação e disponibilidade de seu tempo para responder a um questionário acerca do tema gestão municipal para uma condição crônica, no caso a hipertensão arterial, em horário e local a ser definido previamente.

Os dados coletados comporão um banco de dados e após o término da pesquisa ficarão sob guarda da pesquisadora, em local seguro, por um período de 5 anos. Os dados serão divulgados de forma agregada e seu nome não será identificado em nenhum momento, guardando assim o absoluto **sigilo sobre as informações.**

A sua participação é voluntária e você tem liberdade para se recusar a responder quaisquer perguntas. O Sr.(a) pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, com a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância a sua participação, pois as informações fornecidas servirão para melhor compreender a gestão para uma condição crônica de saúde, como a hipertensão arterial no seu município e contribuir de maneira mais responsável ao modo de gerenciar os problemas crônicos de saúde e que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores do campo da saúde coletiva.

Caso haja alguma consideração sobre a ética desta pesquisa o Sr(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso pelo telefone - 36613431.

Comprometo-me ao término desta pesquisa divulgar os resultados primeiramente aos profissionais e gestores que participaram da pesquisa. Além disso, os resultados estarão à disposição a qualquer momento e sempre que solicitado. Após, poderão ser veiculados em forma de artigos em revistas especializadas, encontros ou congressos científicos, mantendo sempre o sigilo.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com os pesquisadores a qualquer momento da pesquisa ou pelos telefones e endereços eletrônicos abaixo.

Ana Conceição Calhao  
Mestranda

Profa Dra Wildce da Graça Araújo Costa  
Orientadora

Ana Conceição Calhao – Tel. (65) 3623 –1006 res. ou 9983-8728 –  
[ana.calhao@terra.com.br](mailto:ana.calhao@terra.com.br)

Wildce da Graça Araújo Costa – (65) 3615 – 8881/8882 –  
[ediney.wildce@terra.com.br](mailto:ediney.wildce@terra.com.br)

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Eu,....., fui informado, li e me considero esclarecido a cerca da minha participação e dos objetivos da pesquisa, assim como dos resultados que poderão contribuir para melhor desempenho do Programa de controle da Hipertensão Arterial, que será realizada pelo estudo: “**A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo de caso**”.

É meu interesse e faço livremente a escolha de participar deste estudo. A mestranda Ana Conceição Calhao, expôs claramente os objetivos deste estudo, quais as técnicas que serão utilizadas, o tempo necessário para participar da entrevista e de esclarecimentos permanentes.

Sei também que não receberei nenhum incentivo financeiro para participar desta pesquisa, que terei acesso aos resultados sempre que solicitar e posso esclarecer minhas dúvidas a qualquer momento. Em caso de dúvida sobre esta pesquisa posso procurar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso pelo telefone 3661 3431 ou poderei ligar a cobrar para o telefone da pesquisadora Ana Conceição Calhao em sua residência 3623-1006 ou celular 9983-8728.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data