

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

Renata Reis Cornelio

**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.**

Orientador: Adolfo Horácio Chorny

**Rio de Janeiro
1999**

À meu pai, Hilton Gama, in memoriam.

AGRADECIMENTOS:

Chego ao final do Mestrado somando seis anos de permanência nesta Escola. Seis anos que iniciei como Bolsista de Pesquisa, passando pela Residência em Saúde Pública até chegar aqui. Portanto, não poderia me limitar a agradecer somente àqueles que me acompanharam mais de perto nestes últimos dois anos. Assim, gostaria de agradecer:

Ao Professor Adolfo Horácio Chorny, que foi para mim muito mais que um orientador, foi um mestre, incentivador, e acima de tudo um amigo muito leal.

Ao Professor José Mendes Ribeiro, que tem acompanhado minha trajetória nesta Escola desde o início, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Professor Eduardo Levcovitz por ter prontamente aceitado o convite para compor a banca da defesa.

À Professora Margareth Portela pelo carinho e atenção nos momentos mais difíceis deste processo.

Ao Professor Francisco Braga, pela amizade, apoio moral e todas as indicações bibliográficas.

Aos meus amados companheiros do “Clube do Mau”, Márcia, Andréa, Carlos e Sebastián, por terem permitido o meu ingresso como sócia neste tão seletivo e cobiçado Clube, podendo então participar das intermináveis (e extremamente agradáveis) noites de “S.O. e S.”.

À minha sempre amiga Marly, pela cumplicidade de todos estes anos.

Aos Professores e amigos José Wellington, Cristiane, Aninha, Rosely, Delson, Sônia e Márcia, por tudo o que aprendi no ELOS.

À Cristina, Celina e Else, por incentivarem a minha paixão pela Saúde Pública.

À Kátia, Sérgio, Sônia e Carlos Arany, pela acolhida tão carinhosa durante meu estágio no CMS Necker Pinto.

À Edna e Eliane Molinaro, por todos os “galhos quebrados”.

À querida D. Conceição, uma das pessoas mais doces que já conheci em toda minha vida.

Aos funcionários da Biblioteca da ENSP, especialmente, Beth, Mário, Daniel e Alcení, pela dedicação e paciência de sempre.

A todos os funcionários da Secretaria Acadêmica.

Ao Lucas, pela super invenção “Máquina de Fazer Tese de Mestrado”.

Ao Durval, meu amigo de todas as horas.

Ao Chico, meu Marido, pela paciência, amor e carinho com que encarou meus períodos de Tensão “Pré-Mestrado”.

À minha Mãe, Maria Gêma, por tudo o que ela faz e representa, por mim e para mim. Todo seu apoio, amor, amizade, dedicação, companheirismo, cumplicidade, alegria e vontade de viver feliz. Obrigado Mãe.

RESUMO

Este trabalho consiste em um estudo exploratório acerca da fase de formulação do processo decisório no nível estratégico de uma organização pública de saúde no Rio de Janeiro.

O campo técnico privilegiado do estudo é o da administração em saúde. Parte-se do pressuposto, que o processo decisório é um dos condicionantes do comportamento gerencial, que vai ser determinado por fatores internos e externos à organização. A análise do processamento de uma decisão, pode fornecer alguns dos subsídios necessários para a compreensão de alguns desafios que se colocam à prática da gestão pública em saúde. Desta forma, o processo decisório é analisado em função de algumas dimensões principais: a) as racionalidades presentes no processo, a natureza da decisão e seus estímulos; b) a identificação dos atores e o grau de participação destes na fase de formulação da decisão destacando a questão da hierarquia como um dos determinantes da participação e o grau de influência na decisão; c) os canais formais e informais pelos quais a decisão é processada, com ênfase para a existência de fóruns decisórios, suas redes de controle e seu papel frente aos possíveis conflitos organizacionais e a influência de grupos de interesse internos e externos à organização

A pesquisa de campo realizou-se no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em um momento bastante significativo de reestruturação da condição de gestão de sua rede de serviços.

ABSTRACT

This study analyzes the formulation phase of the decision-making process at the strategic level of a public health organization in Rio de Janeiro.

The study concerns health administration. The basic supposition is that the decision-making process is one of the factors which mold behaviour, which will be determined by internal and external factors. The analysis of the processing of a decision can supply us some of the elements necessary for a understanding of the challenges facing public health management. Thus the following main aspects of the decision-making process are analyzed: a) the rationalities involved in the process, the nature of decision and its stimuli; b) the identification of the actors and their level of participation and capacity to influence decisions; c) the formal and informal channels through which the decision is processed, with special emphasis on decision-making institutions, their networks of control and role in the face of organizational conflicts and the influence of internal and external groups.

Fieldwork was carried out in the middle levels of Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat, during a particularly significant phase in the restructuring of the management of its networks of services.

SUMÁRIO:

APRESENTAÇÃO.....	7
• Caracterização do Pensamento Administrativo em Relação ao Processo Decisório.....	7
• Uma Breve Passagem pela Evolução do Pensamento Administrativo.....	8
• A conjuntura Atual. Algumas Reflexões sobre o Processo Decisório.....	15
Capítulo 1 – Processo Decisório. Definição e Principais Abordagens.....	26
1.1 Definindo o Processo Decisório.....	26
1.2 Principais Modelos do Processo Decisório.....	36
1.3 A Decisão em Organizações Públicas. A Confluência da Administração com a Política.....	46
Capítulo 2 – O Processo Decisório no SUS.....	50
Capítulo 3 – A Formulação da Decisão. O Caso da SMS – RJ.....	73
3.1 A Decisão e seus Estímulos.....	77
3.2 Contextualização Histórica.....	82
3.3 O Processo de Formulação da Decisão.....	91
Capítulo 4 – Considerações Finais.....	108
Referências Bibliográficas.....	113
ANEXOS.....	117
RELAÇÃO DE ENTREVISTAS.....	128
LISTA DE QUADROS.....	129
LISTA DE SIGLAS.....	130

APRESENTAÇÃO:

Este trabalho pretende abordar o processo de decisão ao interior do setor saúde buscando aprofundar sobre seus determinantes e tentando entender os mecanismos sobre os quais se apoia. A literatura de autores nacionais sobre o tema da decisão no âmbito das organizações parece passar ao longo das particularidades desse processo no campo da saúde. É por essa razão que se pretende tentar aportar, modestamente, para criar um espaço de reflexão sobre esta problemática, a partir do acompanhamento de um caso particular: a decisão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro de implementar o que, no seu momento, foi denominado de um novo modelo assistencial.

O trabalho procura mostrar como o processo foi evoluindo e como os atores chaves foram se posicionando até chegar ao momento atual.

Antes de entrar na matéria propriamente dita, é conveniente deixar registradas algumas observações que delimitam o espaço da pesquisa e estabelecem o alcance das conclusões.

CARACTERIZAÇÃO DO PENSAMENTO ADMINISTRATIVO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DECISÓRIO

Antes de dar início ao tema propriamente dito, é importante considerar na análise dos processos decisórios, à luz de que, sobre o conjunto do social, se lançam novas abordagens das ciências, com rupturas e estabelecimento de novos paradigmas provocados pelas reflexões dos diversos enfoques do pensamento administrativo.

Desta forma, se faz necessário versar uma breve introdução acerca da teoria geral da administração, seus diversos enfoques e como cada um deles se refere ao processo decisório, buscando um embasamento do objeto de estudo, de modo a situá-lo na evolução do pensamento administrativo.

UMA BREVE PASSAGEM PELA EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO ADMINISTRATIVO

No início do século XX, quando a construção da abordagem “científica” da administração por parte de Taylor e seus seguidores, primava uma visão quase determinística dos processos sociais.

À luz dos paradigmas do Iluminismo do século XVII e do “dogma” do Racionalismo que, surgido no final do século XVIII, no século XIX é aplicado primeiro às ciências naturais e posteriormente às ciências sociais, o homem é visto como um ser racional. Todas as suas determinações são direcionadas pela razão, e esta razão pode - e deve - ser estabelecida e, se possível, quantificada. A física é o modelo a ser seguido. Lord Kelvin¹ chega a afirmar que só pode ser conhecido o que pode ser medido.

Esse é o pensamento que orientará os primeiros estudos das organizações. Assim, no início deste século surgem as teorias do campo da racionalização do trabalho, fundando a que foi conhecida como a Escola da Administração Científica ou Escola Clássica da Administração.

Um dos fundamentos dessa Escola era a postulação de que o homem é um ser fundamentalmente racional e, em consequência, *“ao tomar uma decisão conhece previamente todos os cursos de ação disponíveis, bem como as consequências da opção por qualquer um deles”* (PRESTE MOTTA, 1981: 6).

Aceitando essa premissa, pode-se concluir que o homem pode sempre escolher o melhor curso de ação, ou seja, aquele que maximiza os resultados de sua decisão. Para tanto, e sempre segundo a Escola da Administração Científica, é suficiente que persiga o maior lucro (racionalidade econômica) dado que o homem é considerado como um “homo economicus”. Ficam, deste modo, sentadas as bases necessárias para o desenvolvimento de uma teoria científica da administração, já que sendo os objetivos do homem assim

¹ Lord Kelvin, destacado físico inglês William Thompson do século passado. Descobridor da segunda lei da termodinâmica.

prefixados torna-se fácil saber suas motivações e, em conseqüência, determinar de antemão estratégias de ação.

A figura do “homo economicus” é tomada da economia clássica, onde podem-se identificar traços desta teoria nos fundamentos da denominada Lei da Oferta e da Procura.

Sempre dentro do contexto da Economia Clássica, e para exemplificar o peso deste pensamento racional ao extremo, quando Pareto estabelece as condições que fazem que num mercado competitivo a alocação dos recursos seja ótima, determina que devem ser válidas “*certas condições ideais, como atomização dos consumidores e produtores, ... , informação perfeita sobre as condições de mercado, perfeita mobilidade e divisibilidade de fatores, ...*” (MINDLIN LAFER, B. 1973: 12).

Aqui, são assumidos dois pressupostos:

- os produtores maximizam seu lucro, dada uma certa tecnologia,
- os consumidores maximizam a utilidade, dadas suas preferências e sua renda.

Estamos frente a um mundo racional, norteado pelo lucro e a utilidade. Desse modo é possível conhecer motivações, estabelecer cursos de ação e, conseqüentemente, definir conjuntos de estratégias para otimizar os benefícios.

Se a Economia Clássica conseguiu algum sucesso em suas aproximações isto deve ser creditado na conta dos problemas que aborda, de natureza econômica, onde os valores econômicos são os que prevalecem.

Quando se tenta passar da economia para a organização, surgem outros problemas. A economia por trabalhar com grandes agregados pode supor que tem vigência, uma extensão da lei dos grandes números, e que possíveis desvios dos diversos atores são compensados no conjunto ao qual pertencem. Já na administração trabalha-se com agregados menores, onde os problemas não respondem à lógica econômica ou, pelo menos, não apenas a ela.

A crença na possibilidade da existência de uma ciência da Administração, baseada na experiência científica e no método lógico dedutivo, apoiou os princípios sobre os quais foi edificada a Escola Clássica da Administração.

A limitação da problemática à empresa, e o modelo de homem adotado, conduz a que a Escola Clássica considere um alto grau de centralização nas decisões, de modo a exercer um controle completo sobre tudo o que se passa ao interior da empresa. Ao mesmo tempo, como o entorno não é considerado formando parte do sistema da organização, incertezas e ameaças, assim como possíveis oportunidades não perturbam o processo decisório. Em última instância, pode ser postulada a possibilidade de criar um modelo matemático analítico que, pelo menos em teoria, poderia dar conta do funcionamento da organização (empresa), permitindo equacionar os valores que deveriam ter as diversas variáveis e parâmetros para obter os resultados ótimos, ou seja, o lucro máximo.

Nos anos 20, surge a Escola das Relações Humanas, que acompanha o desenvolvimento do pensamento de Freud, estimado que o comportamento humano poderia ser explicado biologicamente. Existiria um antagonismo básico entre homem e sociedade. A esta caberia o enquadramento dos instintos humanos, a través do processo de socialização, já que o homem, por natureza, seria anti-social e dominado pelos instintos.

A Escola das Relações Humanas, vai centrar sua posição na concepção do “homo social”. No que diz respeito ao processo decisório, esta Escola colocava na motivação a possibilidade de levar o homem a trabalhar pela organização. Assim, era preciso que o homem conhecesse o objetivo da organização para a qual trabalhava e, o que era melhor ainda, que participasse do processo decisório. Esta participação, se bem condicionada a certas particularidades da organização, alcança sua melhor expressão quando o estilo de liderança adotado é o democrático. O controle se desloca da supervisão estreita para o controle por resultados.

Para a Escola de Relações Humanas, os problemas na organização não são originados socialmente, são provocados por desajustes das estruturas individuais. Deste modo, não são reconhecidos os conflitos, o que implicaria em aceitar a existência de interesses contrapostos e da negociação como método de resolução desses conflitos. O resultado seria uma diminuição do poder hierárquico incompatível com a burocracia administrativa.

Um desdobramento da Escola das Relações Humanas é o Behaviorismo, cujo maior expoente é Herbert Simon, que surge com força a meados da década dos 40. A idéia desta Escola é a consideração que os homens se comportam racionalmente apenas com relação a um conjunto de dados característicos de determinada situação.

“Esses dados compreendem o conhecimento de eventos futuros ou das distribuições de probabilidades relativas a eles, o conhecimento das alternativas de ação disponíveis e o conhecimento das conseqüências dessas alternativas, conhecimento que pode ser mais ou menos completo, além de regras ou princípios segundo os quais o indivíduo estabelece uma ordem de preferência para as conseqüências ou alternativas” (PRESTES MOTTA, 1971: 41)

O Behaviorismo põe grande ênfase no processo decisório, em contraposição à pouca importância que foi dada a este processo anteriormente. Segundo esta Escola, o processo decisório envolve a seleção consciente ou inconsciente de um subconjunto de decisões entre aquelas que são possíveis para o ator.

Existe uma hierarquia de decisões, desde aquelas mais amplas e menos detalhadas até aquelas diretamente relacionadas com atividades específicas, de alcance muito mais limitado e que devem ser precisas e detalhadas.

Para os behavioristas, a organização é definida como um sistema planejado, onde o papel que cada indivíduo deve desempenhar é bem definido, formando um sistema de cooperação racional. Esta escola também atribui

grande importância ao modo informal das organizações, sendo vital sua existência, pois são responsáveis pela comunicação, coesão e proteção da integridade individual.

Outra corrente de pensamento, o Estruturalismo vem como uma ruptura à teoria da Escola de Relações Humanas. Incorporado pelas Ciências Sociais, o estruturalismo se organiza em quatro grandes grupos: o estruturalismo abstrato, de Lévi-Strauss, o estruturalismo concreto, de Radcliffe-Brown, o estruturalismo fenomenológico, de Max Weber, e o estruturalismo dialético de Karl Max.

Na teoria das organizações, os dois últimos grupos, estruturalismo fenomenológico e dialético, exerceram maior influência, sintetizando as escolas de Administração Científica de Taylor e Fayol e de Relações Humanas.

O estruturalismo considera os aspectos totalizantes dos fenômenos ou elementos implicando em uma interdependência entre estes.

Há uma crítica à Escola de Relações Humanas no que diz respeito à participação no processo decisório. Para os estruturalistas, o conflito social quando visto como uma patologia, contribui para uma manipulação dos empregados, atribuindo um caráter ilusório à participação destes nas decisões da organização.

O que à primeira vista pode parecer um processo democrático, para esta escola, é na verdade: *“uma forma de fazer com que os subordinados acatem decisões previamente tomadas, em função de uma ilusão de participação e de poder, geralmente criada pela delegação de autoridade para decidir em assuntos absolutamente indiferentes para a alta cúpula administrativa.”* (PRESTES MOTTA, 1971: 56)

Para os estruturalistas, no campo da administração, os conflitos entre grupos é inerente às relações de produção. Na organização há tensões inevitáveis que podem ser reduzidas, mas não eliminadas. As tensões situam-se entre necessidades organizacionais e individuais, racionalidade e

irracionalidade, disciplina e liberdade, relações formais e informais entre níveis hierárquicos e entre unidades administrativas.

Nascida no início da década de 40, a Teoria Geral dos Sistemas criada pelo biólogo alemão Bertalanffy, demonstrou a possibilidade de sua utilização por outras ciências como a Física e as Ciências Sociais.

Nesta última, a flexibilidade e abrangência do modelo de sistema aberto influenciou diretamente alguns teóricos como Durkheim, Spencer e Talcott Parsons, teóricos da perspectiva funcionalista das Ciências Sociais.

Foi a obra de Parsons que exerceu a maior influência na Teoria Geral da Administração, introduzindo o modelo funcionalista para as organizações.

A organização, de acordo com a abordagem sistêmica, é vista mais em uma perspectiva dos papéis – cargos – desempenhados pelas pessoas e menos nas pessoas em si. É através dos cargos que as pessoas da organização se mantêm relacionadas. Desta forma, a posição hierárquica ocupada e as relações interpessoais estabelecidas são de enorme importância para o processo.

A abordagem sistêmica valoriza, portanto, todos os aspectos comportamentais dos indivíduos que são relevantes para que desempenhem seu papel na organização.

Neste sentido, há uma maior liberdade para que os membros da organização possam estabelecer seu próprio ritmo de trabalho. Os administradores com um padrão de liderança mais democrático, buscam uma maior participação dos trabalhadores no intuito de obter um maior grau de envolvimento, responsabilidade e interesse para o trabalho, o que pode vir a afetar diretamente o processo decisório, à medida em que há uma maior autonomia para desempenhar seu papel, e conseqüentemente, para a tomada de decisões.

A abordagem sistêmica nas organizações considera que a interação e o estímulo levam à produtividade. O indivíduo, para que seja produtivo, precisa sentir-se parte do sistema social da organização. Desta forma, a interação é o maior estímulo para os indivíduos, que passam a conhecer as expectativas dos outros com relação ao seu papel e ainda, se o seu desempenho corresponde ou não à estas expectativas.

É importante destacar que esta Escola admite a existência de conflitos. A relação entre os membros da organização, os cargos que ocupam e as expectativas criadas em torno do desempenho dos papéis não se dá de forma linear. Há uma série de conflitos estabelecidos que podem estar baseados numa contradição das expectativas relacionadas aos papéis, podendo afetar o comportamento emocional de uma pessoa, aumentando uma tensão associada com os aspectos do trabalho, o que pode reduzir o grau de satisfação dos indivíduos.

Para a Teoria Geral dos Sistemas a organização é um sistema aberto que recebe insumos do ambiente, processa esses insumos com vistas a transformá-los em produtos. Coloca estes produtos no ambiente, que retornam à organização para repetição de seu ciclo de eventos. Para identificar uma estrutura organizacional basta seguir a cadeia de eventos desde a importação até o retorno de energia.

É importante observar aqui o caráter racional e determinístico das escolas apresentadas e a forte influência destas características no processo decisório das organizações. A ênfase dada à racionalidade analítica, decorrente da introdução dos sistemas de computação nas grandes organizações modernas, faz com que o processo de escolha das decisões esteja baseado na consideração e análise de todas as alternativas e suas consequências, para a escolha da mais racional entre elas, no sentido de maximizar resultados. Nesse sentido, o gestores devem apresentar-se como racionais, sistemáticos e analíticos.

A CONJUNTURA ATUAL. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO:

Ao abordar as diferentes escolas do pensamento administrativo foi possível indicar, ainda que sumariamente, as relações desses pensamentos com o ambiente social e cultural onde foram desenvolvidas. Cabe agora focar aqui, a conjuntura atual, em particular aqueles aspectos que delimitarão o campo onde se desenvolverá o estudo do processo decisório em questão.

Para tanto, o ponto de partida será caracterizar a atual conjuntura globalizada, para tentar avançar sobre alguns temas que colocando em xeque conceitos aparentemente firmemente enraizados no âmbito das ciências, deverão influenciar de modo significativo a análise dos processos decisórios.

Hobsbawm afirma que *“A crise afetou as várias partes do mundo de maneiras e graus diferentes, mas afeto a todas elas fossem quais fossem suas configurações políticas, sociais e econômicas, porque pela primeira vez na história a Era de Ouro criou uma economia mundial única, cada vez mais integral e universal, operando em grande medida por sobre as fronteiras do Estado (“transnacionalmente”) e, portanto, também cada vez mais por sobre as barreiras da ideologia de Estado.”* (HOBSBAWM,1996:19)

Uma conseqüência imediata disto é que idéias consagradas acerca de sistemas e regimes ficaram ultrapassadas. *“Não era a crise de uma forma de organizar sociedades, mas de todas as formas. Os estranhos apelos em favor de uma ‘sociedade civil’ não especificada, de uma ‘comunidade’, eram as vozes de gerações perdidas e à deriva.”* (Ibidem: 21).

Hobsbawm coloca assim um quadro de ruptura onde a emergência de novas visões do mundo são uma condição de sobrevivência.

Dentre essas rupturas interessa destacar, pela relação que terão com o modo de ver os processos decisórios, aquelas que surgem das diversas aproximações que se acobertam sob a denominação de abordagens

complexas, ou complexidade. Admitindo que este é um espaço ainda sujeito a controvérsias, onde hoje se confrontam cientistas de diversas disciplinas, pode-se resgatar alguns conceitos que dão apoio a uma nova visão das organizações e, em particular, do processo decisório.

Pode-se afirmar, sem medo de cometer grandes injustiças, que só com a abordagem contingencial (vide CHIAVENATO, 1982) vai se dar uma ruptura, no nível teórico, com a visão mecânica da administração. Porém, essa ruptura, com todas as suas limitações, não terá uma tradução na prática das organizações empresariais em geral e muito menos nas de saúde.

No caso específico das organizações de saúde, o pensamento complexo começa a surgir com a incorporação do pensamento de Matus e sua proposta de Planejamento Estratégico Situacional, e com os trabalhos de Mario Testa.

Até então, o que primava era uma visão do mundo que pode ser traduzida nas palavras de Lewin *“Era um mundo essencialmente mecânico e preciso, caracterizado pela repetição e a previsibilidade. ... É um mundo linear, e uma parte muito importante de nossa existência. A maior parte da natureza, entretanto, e não linear, não sendo facilmente previsível.”* (LEWIN, 1994: 22)

Acompanhando o pensamento da física clássica, a administração tradicional considerava que a complexidade dos sistemas era apenas um problema de conhecimento, já que seu comportamento poderia ser completa e convenientemente descrito quando criados os instrumentos analíticos suficientemente poderosos para esse propósito.

Desta forma, em 1911, aparece a primeira produção teórica no campo da administração, o trabalho de Taylor *“Princípios da Administração Científica”*².

Para Frederick Taylor, um engenheiro, o mundo do trabalho e o campo da administração se estruturam segundo o modelo da ciências: são racionais, com uma lógica que pode ser estudada e que no caso coincide com a visão

protestante do mundo; são regidos por leis que conhecidas, permitem controlar processos e resultados, enfatizando-se, em particular, os princípios do darwinismo social.

Na tentativa de substituir métodos empíricos e rudimentares por métodos científicos, Taylor cria uma metodologia denominada Organização Racional do Trabalho (ORT).

“Os principais aspectos da organização racional do trabalho são:

- 1. Análise do trabalho e estudo dos tempos e movimentos.*
- 2. Estudo da fadiga humana.*
- 3. Divisão do trabalho e especialização do operário.*
- 4. Desenho de cargos e tarefas.*
- 5. Incentivos salariais e prêmios de produção.*
- 6. Conceito de “homo economicus”.*
- 7. Condições ambientais de trabalho.*
- 8. Padronização de métodos e de máquinas.*
- 9. Supervisão funcional.” (CHIAVENATO, 1993: 92-93)*

A partir daí, se opera uma mudança no modo de pensar das ciências que vai contaminar o modo de pensar o mundo do social.

Einstein, com a Teoria da Relatividade Especial, põe em xeque o mundo newtoniano. Se resgata o pensamento de Boltzman e outros físicos que já no fim do século XIX tinham desenvolvido alguns alicerces sobre os quais se embasarão a física moderna ao introduzir a estatística no interior do mundo físico. Assim, à idéia de um mundo regido mecanicamente como um relógio irá se contrapor a idéia de um mundo contingencial.

Pouco a pouco, vão surgindo idéias como a Mecânica Estatística, a Física Quântica, e outras que introduzem a incerteza como um elemento

² TAYLOR, Frederick. The Principles of Scientific Management, Nova York, Harper & Bros., 1911.

central para a configuração do mundo da física de partículas elementais e abrem um novo caminho para pensar as leis da física.

O restante do pensamento científico não é alheio a essas mudanças. A estatística torna-se uma ferramenta fundamental para conhecer o mundo. Os paradigmas⁸ das ciências mudam. Novas ciências surgem, protociências se criam (por exemplo a psicanálise).

O mundo ocidental cristão, aceita que existe a diversidade entre os seres humanos, e que a cultura tem um papel fundamental no entendimento da realidade. No fim, o mundo tem a cor do cristal de nossos óculos, ou seja, de nossos preconceitos, dogmas, religiões.

Ao se relativizar o saber, abre-se também espaço a novas formas de obscurantismo, mas em geral avança-se o conhecimento como um todo.

Aproximadamente 80 anos se passaram desde as colocações iniciais de Taylor, e muito mudou o âmbito das teorias da administração e da organização. Muito também tem mudado no campo de estudos da decisão. Em ambos os casos se passou do determinismo à contingência, da norma à regulação, do normativo ao relativo.

O século XXI se inicia sob os auspícios de novas formas de saber e conhecer. Em particular aponta uma nova epistemologia, a da complexidade, que promete novos e frutíferos caminhos para o conhecimento. As formas do saber convencional são questionadas na sua essência, por anarquistas epistemológicos como Feyerabend ou por pensadores como Morin.

Em outra escala temporal, o pensamento do planejamento em saúde replica o ciclo de outros saberes. Nos anos 60 era normativo, hoje é relativo, incerto, probabilístico.

⁸ No sentido utilizado por Kuhn, Thomas S. em *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo, Perspectiva, 1995.

Um dos maiores desafios da administração na atualidade é garantir que o planejamento e a execução, ou seja, o pensamento e a ação possam caminhar juntos no sentido de produzirem impactos e soluções que aumentem a eficácia das organizações.

Planos que possuam seus objetivos bem definidos, mas na prática, não dimensionem adequadamente sua viabilidade gerencial, acabam resultando em um processo de implementação difícil, correndo o risco maior de não alcançar os objetivos para os quais foram pensados. É claro que não se pode ignorar que na implementação ocorrem fatos não previstos que devem ser solucionados no curso do próprio processo, por isso, coloca-se a necessidade da integração entre o planejamento e a implementação.

Como enfatiza Paulo Motta, *“A formulação de objetivos deve ser um processo contínuo, sistemático, realista e pragmático de conhecer e intervir na realidade. A implementação, na perspectiva integradora, deixa de ser cada vez menos um instrumento normativo de controle administrativo e mais um processo sistemático de tomada de decisões estratégicas.”* (MOTTA, 1996: 99)

E acrescenta, *“A falta de sistematização e continuidade no planejamento gera a ausência de informações válidas e utilizáveis no processo decisório, concorrendo para que as decisões sejam baseadas quase que exclusivamente na experiência, crença, hábito e informações restritas que os dirigentes possuem.”* (idem, ibidem)

Partindo da premissa de que o campo da saúde merece ser estudado sob o prisma administrativo e considerando que o processo decisório ainda é pouco conhecido no que diz respeito ao modo em que opera na área da saúde, ao que deve-se somar o fato que os estudiosos deste tema assinalam a importância de estudos mais aprofundados sobre a fase de formulação da decisão; pretendemos aportar ao conhecimento neste campo analisando as características gerais do processo decisório, com ênfase no curso de expedição da decisão.

Buscando aportar para o conhecimento desta área, este trabalho busca investigar de que maneira as escolhas estão sendo operadas nas organizações de saúde, considerando que o que está em causa não é um indivíduo único, mas um grupo de pessoas, e como tal, permeado por lógicas, interesses e valores que nem sempre são necessariamente convergentes.

As organizações de saúde possuem objetivos, recursos próprios e poderes que são específicos, permeados por uma divisão de saberes profissionais diferenciados que acabam por fundirem-se na figura do gerente que, na quase totalidade das vezes é um médico. Este fator cria, por si só, uma série de inter-relações específicas, que passam pela institucionalização da primazia do saber médico diante de outras categorias profissionais.

Além disso, um outro fato peculiar, é a dinamicidade das mudanças tecnológicas nesta área, que influenciam um constante processo de reformulação estrutural que viabilizará sua implementação.

Mintzberg (1995) classifica as organizações de saúde como uma estrutura que denomina Burocracia Profissional (MINTZBERG, 1995).

Nas organizações caracterizadas como burocracias profissionais o comportamento dos funcionários é previsível e complexo. O principal mecanismo de coordenação é a padronização das habilidades.

Como assevera Mintzberg: *“... a burocracia profissional para coordenar apoia-se na padronização de habilidades e em seus parâmetros associados para delinear o treinamento e a doutrinação. Ela admite especialistas grandemente treinados e doutrinados – os profissionais – para o núcleo operacional, e então fornece a eles considerável controle sobre seu trabalho”* (MINTZBERG, 1995: 189)

A padronização de habilidades e conhecimentos é uma característica marcante nas organizações de saúde, oriunda do trabalho médico que é altamente especializado e padronizado, e que termina por estender-se à

administração e gerência dessas instituições, em sua grande maioria, comandadas por médicos e não por administradores.

O treinamento e a doutrinação são processos importantes para as burocracias profissionais. No caso do trabalho médico nas organizações de saúde, este inicia-se por anos de estudo em universidades especializadas, onde as habilidades e conhecimentos da profissão são programados de maneira formal de acordo com o que deve ser o profissional. Soma-se a isso, um longo período de treinamento em serviço, onde conhecimento formal é aplicado e a prática de habilidades aperfeiçoada sob a supervisão próxima de membros da profissão.

No caso dos gestores médicos em organizações públicas, o que se observa na realidade é que são profissionais com larga experiência de tempo de serviço. Mais recentemente tem sido acrescido à experiência, um investimento no treinamento de gerentes através de cursos de especialização em gestão para a saúde.

De acordo com Mintzberg, *“... a estrutura dessas organizações é essencialmente burocrática, e sua coordenação (...) é obtida pelo delineamento e por padrões que predeterminam o que é para ser feito”* (MINTZBERG, 1995: 191)

Os padrões de trabalho da burocracia profissional são, na grande maioria das vezes originados fora de sua estrutura, em associações que estabelecem padrões universais que devem ser ensinados pela universidade e utilizados pela profissão.

As estruturas administrativas dessas organizações podem ser descritas como pirâmides invertidas, onde os operadores profissionais (médicos e demais profissionais no caso da saúde) situam-se no topo e os administradores encontram-se situados abaixo para servi-los, garantindo, por exemplo, a manutenção dos equipamentos, a desinfecção dos instrumentos cirúrgicos, ou ainda o abastecimento da farmácia.

Para Mintzberg, “o que frequentemente surge na burocracia profissional são hierarquias paralelas, uma democracia de baixo para cima para os profissionais, e uma segunda burocraticamente mecanizada de cima para baixo para assessoria de apoio” (MINTZBERG, 1995: 197)

A burocracia profissional apoia-se na autoridade de natureza profissional, ou seja, o poder da perícia.

Na burocracia profissional o poder e o prestígio estão na perícia, na capacidade de conhecimentos e habilidades. Na proporção em que ganham experiência e reputação os funcionários vão movendo-se através dos escalões, impondo-se por sua competência profissional.

Nas instituições de saúde pública somam-se a isso elementos de natureza política que incluem a habilidade para negociar e persuadir os demais membros da organização para aceitar determinadas idéias.

À princípio, com essa descrição, pode parecer que os administradores profissionais possuam menos poder que os chamados operadores. No entanto, Mintzberg (1995), ao descrever os papéis do administrador profissional mostra que seu desempenho lhe assegura um considerável poder indireto:

1. “ o administrador profissional gasta muito tempo resolvendo perturbações na estrutura”, o administrador precisa contemporizar as disputas entre os operadores profissionais da organização. Geralmente as soluções são negociadas entre as partes, ou seja, os gerentes de unidades devem sentar juntos e negociar uma solução.
2. “os administradores profissionais – especialmente aqueles dos níveis mais elevados – desempenham papéis-chave entre os profissionais de dentro e as partes interessadas de fora – governo, associações de clientes, e assim por diante” (Mintzberg, 1995: 198-199). Os administradores funcionam como pára-raio das pressões externas. No caso das organizações públicas muitas vezes são pressões

oriundas de instâncias do próprio governo (Câmara de Vereadores, Poder Executivo, etc). Além disso, espera-se que os administradores solicitem aos órgãos de fora suporte moral e financeiro.

Dessa forma, os papéis externos do gerente – contatos, negociações, relações públicas – surgem como de grande relevância na administração profissional.

“O poder é ganho, acima de tudo, nas posições de incerteza, e estas são exatamente onde ficam os administradores profissionais. (...) De maneira semelhante, aquele que consegue resolver conflitos a favor de sua unidade, ou que efetivamente protege os profissionais contra influências externas, torna-se um valioso – e, portanto, poderoso – membro da organização.”

(MINTZBERG, 1995: 199)

O administrador profissional é então, antes de tudo, um negociador político. Os operadores profissionais se vêem dependentes do administrador para que mantenham seus projetos, negociando-os através dele.

Mintzberg (1995) ressalta que o poder do administrador para influenciar a estratégia vai além de influenciar os operadores profissionais.

“Todo bom gerente procura mudar a organização de sua própria maneira, alterando suas estratégias para torná-la mais eficaz. Na burocracia profissional isso é traduzido por um conjunto de iniciativas estratégicas que o administrador deseja assumir por si mesmo. No entanto, nessas estruturas, em princípio, da base para cima – o administrador não pode impor sua vontade aos profissionais do núcleo operacional. Em lugar disso ele deve apoiar-se em seu poder informal e aplicá-lo sutilmente” (MINTZBERG, 1995: 201)

Uma das maneiras de otimizar a eficiência da gestão de uma organização, é compreender a natureza dos processos de decisão praticados

em seu interior, para avaliar sua eficácia a fim de perceber o modo de racionalização mais adequado à organização. (NIOCHE, 1993)

O gerente é parte do processo decisório organizacional. Seu comportamento, como o de qualquer outro empregado, é determinado por fatores internos e externos à organização.

A compreensão da decisão em si, não traduz de que maneira o gerente se comporta e como chega à escolha de determinada alternativa. Somente analisando o caráter ambíguo da vida organizacional é que se pode compreender como, de fato, se dá o comportamento gerencial.

A análise do processo de uma decisão, por ser este um dos condicionantes do comportamento gerencial, segundo Motta (1996: 23), é que pode fornecer os subsídios necessários para a tentativa de compreender alguns dos desafios que se colocam à prática da gestão em saúde.

Para este fim, orientados pela primazia do espaço decisório local e à luz das transformações que vêm se operando no SUS, escolhemos como caso a ser estudado o processo de reformulação da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS – RJ), no que diz respeito à decisão interna de reorganização da rede básica de saúde.

A proposta de investigação que será apresentada, pretende abordar como as decisões tomadas no espaço municipal tem sido processadas, destacando as seguintes questões:

- A identificação dos atores e do grau de participação destes no processo decisório;
- Os canais formais e informais pelos quais a decisão é processada;
- As racionalidades presentes no processo decisório, à luz das quatro principais abordagens que discutem a tomada de decisão.

Para o embasamento das questões levantadas, o presente trabalho está organizado da seguinte maneira: no primeiro capítulo é apresentado o

Referencial Teórico para este estudo, que pretende abordar inicialmente uma definição do processo decisório, seguido de suas quatro principais áreas de estudo: a perspectiva racional, que parte do pressuposto de que os decisores tem acesso a todos os dados e informações necessárias podendo, desta forma, tomar a decisão ótima, racionalmente adequada; a perspectiva política, onde a decisão emerge da negociação e barganha política dos objetivos e interesses dos atores envolvidos com o processo decisório; a perspectiva organizacional, em que a tomada de decisão dos atores é influenciada e limitada pela organização, tornando-se interdependente de aspectos como a hierarquia e as condutas organizacionais, e a perspectiva da intuição, baseada em um referencial psicológico, onde a intuição e o senso comum são os principais elementos do processo decisório. O terceiro e último ponto abordado neste capítulo, traz uma reflexão acerca da esfera política da decisão em organizações públicas.

No segundo capítulo será apresentado o processo decisório tal como está previsto no SUS. As instâncias principais de decisão, os níveis de autonomia, o papel da participação dos atores, os tipos de gestão e os órgãos decisórios formais.

O terceiro capítulo abordará o caso da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro contendo: a apresentação da metodologia utilizada, os estímulos que possibilitaram a tomada de decisão, uma breve contextualização histórica do Município do Rio de Janeiro no que diz respeito à conformação de sua rede básica, e, finalmente a pesquisa realizada: o esquema formal e informal de decisão da SMS, a participação dos atores envolvidos no processo decisório e as racionalidades presentes neste processo.

No quarto capítulo será apresentada uma análise do observado e as considerações finais sobre o estudo.

É importante deixar claro que este estudo não pretende generalizar o que for discutido, até porque os processos decisórios não podem ser tomados a partir de modelos pré-estabelecidos. Cada caso é um caso. Cada processo

depende da natureza da decisão que está sendo estudada e que trará especificidades relativas à participação, racionalidades e canais de decisão pertencentes a um determinado contexto.

CAPÍTULO 1: PROCESSO DECISÓRIO. DEFINIÇÃO E PRINCIPAIS ABORDAGENS.

1.1 DEFININDO O PROCESSO DECISÓRIO:

O Processo Decisório tem sido objeto de estudo de vários autores com abordagens bastante diferenciadas que vão desde as teorias clássicas da administração até áreas da psicologia. As explicações divergem com relação aos pressupostos considerados, com mais ênfase ora aos aspectos racionais do processo, ora aos aspectos organizacionais, ora aos aspectos políticos, e mais recentemente aos aspectos relacionados com o psicológico, e a intuição.

Pensando a administração sob uma perspectiva científica, a influência da Teoria Clássica da Administração, dominada principalmente pela racionalidade econômica, tem tratado do estudo da decisão através de ações prescritivas e normativas, estabelecendo regras e modelos para que o tomador de decisão faça uma escolha racional baseada no melhor curso de ação dentre as alternativas que se apresentam.

Para a Teoria Clássica, a tomada de decisão deverá ser baseada em um processo de seleção e escolha que conduza àquela alternativa que for considerada ótima para a organização.

Esta perspectiva vinha se afirmando até que, na década de 80, a Teoria Administrativa, influenciada pelas mudanças preconizadas pelo desenvolvimento da economia, passa a receber influência direta de estudiosos da administração que através de pesquisas sobre a prática gerencial vem produzindo uma grande quantidade de propostas alternativas, acompanhadas de inúmeros e inovadores relatos de experiências de grandes dirigentes (PETERS E WATERMAN, 1983; IACOCCA, 1985; MORITA, 1986; SEMLER,

1988;e outros), de modo a provocar o aumento da eficácia empresarial, avançando além dos limites da teoria da racionalidade econômica.

A recente literatura administrativa tem se originado mais da análise e reflexão sobre a experiência profissional de dirigentes de grandes empresas, voltada para a visão da simplicidade e do intuitivo na gerência, desvinculando-se de sua origem acadêmica e da perspectiva da complexidade organizacional da racionalidade gerencial, cuja ênfase é dada aos modelos matemáticos de decisão.

A Teoria Contemporânea da Decisão Gerencial tem valorizado elementos como o senso comum, a simplicidade, o juízo das pessoas, a negociação política, além de aspectos comportamentais, presentes no processo decisório; o que não significa a total exclusão da racionalidade gerencial, apenas uma ampliação de conceitos.

Não há a pretensão de se esgotar os limites da abrangência deste assunto, principalmente porque se trata de uma temática cujo paradigma tem sido repensado em função das novas abordagens das Teorias Organizacionais que comportam noções e conceitos tais como: comportamento, mudança, processo, poder, complexidade, contexto, negociação e interconexão.

Herbert Simon, (SIMON, 1970), ainda nos anos 60, é um dos primeiros autores a inovar a Teoria Clássica da Organização, que considera os empregados como instrumentos.

Simon (1970), propõe contemplar a existência de novos elementos no processo decisório, onde a escolha de alternativas é permeada por um conjunto de ações e comportamentos que irão conduzir à opção mais satisfatória correspondente aos interesses do decisor, e não aquela que seja ótima para a organização.

O autor aponta que a seleção dos dados e informações que vão subsidiar a decisão sofrem uma série de influências, tanto do ambiente interno quanto externo da organização.

De uma maneira geral, a definição de processo decisório pode ser apresentada como uma sucessão de etapas que levam à tomada de decisão e garantem sua implementação. (CAMPOS, 1988).

Esta sucessão de etapas não se dá de maneira linear e formalizada. Ao contrário, há em seu bojo, diversos fatores que precisam ser considerados quando se pretende estudar a decisão.

Lindblon (LINDBLON,1981), em sua abordagem política da decisão afirma que, o processo decisório é extremamente complexo, sem princípio nem fim, cujos limites são incertos. Para seu estudo, é preciso antes de mais nada entender as características do participantes, os papéis que desempenham, a autoridade e os outros poderes que detém, como lidam uns com os outros e se controlam mutuamente.

Desta forma, um dos primeiros passos para compreender o processo de decisão organizacional é a *“identificação qualitativa de comportamentos comunicativos de indivíduos engajados em processo de decisão”*. (BRAGA, 1987: 35)

O sistema de decisão política, segundo Lindblon (1981), tem um importante efeito sobre as aspirações, opiniões e atitudes que respondam às políticas. Seu funcionamento não é como de uma máquina que é alimentada com demandas para produzir decisões. É a própria máquina que fabrica necessidades e demandas. Modelando as aspirações dos cidadãos que formam parte da organização, ela põe alguns temas na agenda do debate político e rejeita outros; apresenta certas políticas aos cidadãos e aos formuladores de políticas e informa as opiniões que vão condicionar tais escolhas.

Para Lindblon (1981) “o processo decisório político não leva a soluções que possam ser julgadas com base em padrões de racionalidade; produz acordos, conciliações e ajustes, cuja avaliação com vistas à equidade, aceitabilidade, possibilidade de reexame e atendimento à variedade dos interesses em jogo é sempre inconclusiva.” (LINDBLON, 1981: 110)

March e Simon (1970) na obra *Teoria das Organizações*, apontam a observação do Programa da Organização como fundamental para perceber os aspectos comportamentais da instituição, de seus empregados e dos tomadores de decisão.

É o programa da organização que determina como esta ordena e coordena suas estruturas, funções, hierarquia, os canais formais e informais de informação, contribuindo, desta forma, para o alcance de estabilidade no funcionamento das organizações.

Os autores ressaltam a Rede de Comunicações como um dos principais componentes do Programa responsável pelos “fluxos de informações que comunicam os estímulos e dados necessários à evocação e execução do programa.” (MARCH E SIMON, 1970:232-233)

Esses canais de comunicação são, em parte, planejados de maneira deliberada e consciente no curso da programação, em outra parte, desenvolvidos para atender a determinadas necessidades de espécies diferentes de comunicações, e, por último, são criados para atender as funções sociais da comunicação. (MARCH E SIMON, 1970:234)

A estrutura dos canais de informação exercem grande influência sobre os processos decisórios.

Morgan (1996), em sua abordagem da metáfora das organizações como sistemas políticos, entra em contraste com a visão das organizações enquanto empreendimentos interligados e racionais que buscam um objetivo comum, caracterizando-as como uma rede de pessoas independentes com interesses

divergentes que se juntam em função de oportunidades, onde o controle do processo decisório é visto como uma das fontes de poder na organização.

Simon, afirma que um sistema organizacional é um sistema de “coligações frouxas”, onde o processo decisório é uma situação complexa, envolvendo muitos atores, na qual o sucesso a ser alcançado por uns pode significar a derrota de outros. (SIMON, 1964 citado por BRAGA, 1987: 38)

Há um pressuposto baseado na racionalidade econômica, que afirma que as ações possíveis do processo decisório, já são conhecidas a priori por quem decide. Simon contesta esta afirmativa e chama a atenção para o fato de que, na maioria das situações reais da vida os possíveis rumos da ação devem ser descobertos, designados ou sintetizados. Para ele há uma diferenciação entre os tipos de decisões agregadas, mais comuns em altos níveis hierárquicos, e as decisões do dia-a-dia tomadas geralmente nos níveis hierárquicos mais baixos. (SIMON 1964, citado por BRAGA, 1987: 36-38)

O autor estabelece uma tipologia polarizada das decisões entre as chamadas decisões programadas, mais rotineiras, com procedimentos e normas já elaborados para sua execução; e as decisões não – programadas, que são pouco estruturadas, cheias de novidade, relevantes e de natureza complexa. Não existe um método predeterminado para lidar com elas.

Segundo Mintzberg (1976), os estudiosos do campo da administração tem dado mais atenção às decisões operacionais de rotina por serem mais acessíveis a uma descrição precisa e análise quantitativa, do que às decisões políticas descritas por Simon como não-programadas e que Mintzberg chama de decisões estratégicas desestruturadas. Como resultado, há pouca influência acadêmica/literária no trabalho dos níveis mais elevados das organizações e grande influência no trabalho dos níveis baixo e médio.

Ainda dentro desta perspectiva de análise, Mintzberg (1976) introduz a discussão acerca dos processos de decisão estratégica desestruturados que estão diretamente relacionados aos níveis mais elevados das organizações.

Para este autor, o processo de decisão estratégica é *“caracterizado pela novidade, complexidade e por não ter fim, pelo fato da organização, em geral, começar com pouco conhecimento da situação de decisão que a espera ou o caminho para sua solução e por ter somente uma vaga idéia de qual essa solução possa ser, e como ela será avaliada quando for desenvolvida. Somente tateando um processo descontínuo, envolvendo muitas etapas difíceis e um punhado de fatores dinâmicos cobrindo um período considerável de tempo, é que a escolha final é feita.”* (MINTZBERG, 1976:)

Campos (1988), ressalta a existência de uma hierarquia decisória nas organizações, no sentido de que as decisões tomadas no primeiro nível condicionam as decisões tomadas ao nível imediatamente inferior.

A mesma autora entende as organizações como *“um conjunto integrado de pontos decisórios”* (CAMPOS, 1988:) com níveis hierárquicos distintos:

- no nível superior há o predomínio das decisões estratégicas que tratam das ligações entre a organização e o ambiente externo. O nível de incerteza é bastante alto. Os chamados métodos de julgamento são baseados na experiência, sensibilidade, intuição e criatividade;
- no nível operacional as decisões tendem a ser mais rotineiras, 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;
- no nível intermediário as decisões são de integração entre os níveis estratégico e operacional, articulando os horizontes de longo e curto prazos.

Para fins de uma primeira aproximação com o objeto de estudo, que aborda uma decisão tomada no nível superior de uma organização de saúde pública, cabem aqui algumas reflexões iniciais.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar a parca existência de estudos que tratam da tomada de decisão nos níveis mais elevados das organizações. As decisões estratégicas desestruturadas, tornam-se, do ponto de vista de uma descrição mais precisa de seu processo, e da possibilidade de elaboração de uma análise quantitativa de seus resultados, menos acessíveis de serem realizadas.

A relevância das decisões estratégicas, que envolvem uma série de variáveis, principalmente àquelas relacionadas ao caráter financeiro e político da organização, somando-se ainda, a marca fragmentada de seu processo de escolha, são fatores determinantes que imprimem uma certa dificuldade em optar por um enfoque teórico que possa guiar a descrição analítica proposta por este trabalho.

Em segundo lugar, quando se trata de decisões estratégicas desestruturadas tomadas em organizações classificadas como burocracias profissionais; no caso das organizações públicas de saúde; encontram-se uma série de especificidades que estão relacionadas à própria estrutura destas organizações, altamente técnicas e, ao mesmo tempo, políticas.

Em terceiro lugar, deve-se considerar os desafios colocados frente à gestão das organizações de saúde pública, principalmente quando se trata de um sistema de saúde local, cujas decisões precisam ser tomadas em meio a uma realidade altamente complexa, permeada por uma série de problemas desestruturados, onde não basta ter um sistema de informações sistematizadas como preconizam os critérios da racionalidade. É necessário conciliar ainda os diversos interesses políticos, bem como, a questão do financiamento para que o sistema possa funcionar de maneira eficaz.

Na busca por um enfoque que permitisse analisar como se formulam as decisões tomadas no nível estratégico das organizações, optou-se pela Estrutura Básica da Tomada de Decisão de Mintzberg (1976). O autor propõe uma categorização das decisões que possibilita observá-las considerando o estímulo que as provocou e o processo usado para atingi-las.

Mintzberg (1976), define a estrutura básica da tomada de decisão dividida em três fases: 1) Identificação, 2) Desenvolvimento e 3) Seleção. Estas estão descritas em sete rotinas principais:

1) Fase de identificação: compreende duas rotinas nesta estrutura: Reconhecimento da Decisão, na qual oportunidades, problemas e crises são identificados e requerem uma atividade de decisão; e o Diagnóstico, onde a gerência procura compreender o estímulo inicial e definir o relacionamento causa-efeito para a situação de decisão.

Na rotina de reconhecimento da decisão, a maioria das decisões estratégicas não se apresenta a quem decide de maneira óbvia. Os problemas e oportunidades devem ser identificados em meio a uma multiplicidade de dados ambíguos e em grande parte verbais, que os que decidem sempre recebem. 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.

2) Fase de Desenvolvimento: nesta fase são consumidos uma grande quantidade de recursos destinados à decisão. Pode ser descrita em termos de duas rotinas básicas: a Procura, que é utilizada a fim de encontrar soluções já prontas e a Formulação, utilizada para desenvolver soluções especiais ou para modificar as já prontas.

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

A 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. Parece 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.

A 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 talvez e 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.

E, finalmente, a rotina da 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 é o Parlamento ou a Câmara de Vereadores).

Além das sete rotinas descritas acima, Mintzberg (1976), propõe três grupos de rotinas que apoiam as fases centrais do processo de decisão: Controle de decisão, Comunicação e 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, baseando-se em canais de comunicação informal e verbal; e a rotina de disseminação, 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.

Finalmente a rotina política, que é um elemento chave na decisão estratégica, 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.

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.

Mintzberg (1976) chama a atenção para duas outras questões importantes do processo decisório referentes à demora de retorno das informações, fato já esperado, pois cada etapa do processo de decisão estratégica demanda tempo e requer uma reação; e a possíveis atrasos e acelerações de acordo com a ocasião. Os gerentes podem acelerar ou atrasar proposadamente um processo de decisão e aproveitar certas circunstâncias para esperar apoio ou melhores condições, ou para sincronizar o processo com

uma outra atividade. Para usarem a surpresa, tentam escolher a ocasião para o início das etapas de decisão, a fim de facilitarem a sua execução.

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 interagentes. É essa visão integrada que possibilita notar os efeitos que essas estruturas de relações causam, o sentido da decisão em análise.

1.2. PRINCIPAIS MODELOS DO PROCESSO DECISÓRIO.

Diante da proposta de estudar o processo decisório em organizações, parece adequado considerar a utilização de quatro grandes abordagens: a racional, a organizacional, a política, e por último, a abordagem intuitiva.

Estas quatro grandes áreas são as mais referenciadas na literatura sobre tomada de decisão “... *oferecem subsídios que auxiliam a compreensão da intrincada realidade decisória das organizações, apresentam também limitações a essa mesma apreensão. Cada um dos modelos, ao privilegiar determinado ângulo de análise, acaba sempre por obscurecer outros ângulos, talvez tão importantes quanto aquele focado.*” (LEMOS, 1997: 267)

Essa afirmação pretende deixar claro os limites da teoria frente à realidade concreta, considerando que a interpretação de uma situação decisória pode ser pertinente à medida em que se reconheça suas limitações, e não pretenda ser definitiva.

No modelo Racional, ou “modelo do ator único” (NIOCHE, 1993: 297), a organização confunde-se com um ator único, 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.

A decisão é provocada unicamente pela detecção de um problema. O processo decisório se constituirá 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 ocorrerá em um processo seqüencial onde os participantes contribuirão de maneira eficiente e desinteressada para o melhor desempenho organizacional. (MOTTA, 1996: 53)

De acordo com March e Simon (1970), o homem racional faz escolhas ótimas em um ambiente detalhadamente especificado e definido.

O processo decisório delinea-se da seguinte forma: 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 consequências 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 consequências em uma sequência preferencial. A alternativa escolhida é aquela que apresenta um conjunto de consequências de sua preferência. No caso da certeza, não há ambiguidade na escolha, nos casos de risco, será escolhida a alternativa de maior utilidade, e nos casos de incerteza, opta-se pela menos pior.

A racionalidade organizacional exerce um certo fascínio em uma perspectiva do senso comum, pois insinua a possibilidade de domínio de fatores não controláveis e eliminação de riscos e incertezas, se justificando como forma de diminuir os riscos no processo decisório.

As organizações tal qual como propõe H. Simon (1970), *“... são sistemas de comportamento cooperativo, onde se espera que os seus membros orientem seu comportamento de acordo com certos fins que são considerados como objetivos da organização”* (SIMON, 1970: 75)

Nesta perspectiva de análise, as organizações são comparadas a organismos. O comportamento dos indivíduos, neste sentido, 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, 1993)

O modelo racional propõe quatro etapas lógicas sucessivas para o processo de decisão:

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, 1993: 297)

Neste contexto podem até ser acrescentados outros elementos presentes na teoria econômica tais como probabilidades, avaliação do risco ou custo da informação. A essência do raciocínio, porém, mantêm-se a mesma.

March e Simon (1970) asseveram que a teoria clássica da administração assim como a teoria econômica clássica, deixam algumas lacunas na teoria da racionalidade por não levarem em conta 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 de organização, essas variáveis não podem ser tratadas como fatores independentes inexplicados, mas tem que ser determinadas e previstas pela teoria.” (MARCH E SIMON, 1970: 196)

Desta forma, os autores propõe a Teoria da Escolha Racional que incorpora duas características fundamentais:

“a) a escolha sempre é 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 - isto é, não os tomamos por pressupostos de nossa teoria – mas constituem o produto de processos psicológicos e sociológicos que incluem as atividades da pessoa que faz a escolha e as de outros integrantes do ambiente.”

(MARCH E SIMON, 1970: 196)

Este modelo ainda é o dominante nas Teorias Organizacionais, pois corresponde à imagem natural da ação para a cultura ocidental, permitindo formalizações elaboradas, o uso de instrumentos matemáticos e de análises quantitativas, permitindo uma esquematização rápida da realidade, favorecendo compreensões e antecipações a partir de dados menos acessíveis e em menor quantidade. Seu emprego é geralmente considerado possível, com poucos riscos, legítimo e em muitos casos imperativo. (NIOCHE, 1993: 301)

Por outro lado, o modelo racional, é na maior parte das vezes do tipo normativo, e não explicativo, negando a importância do próprio processo de decisão: 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 sem considerar os conflitos e estratégias dos indivíduos e dos grupos, partindo 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, 1993: 302)

No modelo Organizacional, a organização é constituída de sub-unidades; cada uma com regras e procedimentos específicos, que condicionam sua percepção e orientam seu comportamento. O conjunto de sub-unidades responde a uma direção e suas relações são também definidas por regras e procedimentos, bem como seus objetivos são atribuídos pela direção. Os objetivos tendem a ser tratados como exigências da direção que tem de ser satisfeitas, mas sem abrir mão de seus próprios objetivos ou práticas.

Os procedimentos utilizados por este modelo, orientam 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 deixar claro que não se trata aqui de uma busca exaustiva de soluções e da escolha mais satisfatória entre elas, que caracterizam o modelo racional.

A mudança nestes casos é problemática e dificilmente controlável, pois a organização tende a reproduzir os mesmos comportamentos e, conseqüentemente afasta-se parcialmente de seu contexto, pois o processo organizacional reconduz as questões a um número limitado de problemas conhecidos, atribuindo-lhes um número restrito de soluções já experimentadas.

O autor 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. (NIOCHE, 1993)

Na teoria da racionalidade limitada, faltam ao decisor conhecimentos. Ele apenas se recorda parcialmente das escolhas anteriores, e é difícil para ele antecipar os acontecimentos futuros. Diante de um problema ele não procura escolher a melhor solução, pois não dispõe de informação nem de capacidades intelectuais que lhe permita avaliar todas as soluções possíveis e as respectivas vantagens ou inconvenientes. Portanto, deve limitar-se com a primeira solução considerada satisfatória, quer seja ela uma solução antiga; já utilizada na resolução de problemas similares; ou nova, caso as antigas não se mostrem adequadas.

Para a teoria da racionalidade limitada, a organização determina amplamente o ambiente psicológico de seus membros. Os componentes do processo psicológico que precedem a decisão são: a aprendizagem, a memória, o hábito, os estímulos e a natureza desses estímulos. A organização proporciona 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, 1993: 304)

Os indivíduos então, aceitam tornar-se membros da organização, se esta corresponder direta ou indiretamente à satisfação de seus objetivos pessoais. Portanto, a organização é, neste caso, um sistema em equilíbrio, que oferece em contrapartida à lealdade de seus membros, vantagens financeiras, sociais ou ideológicas (status social, prestígio, poder).

A decisão é aqui apresentada como “literalmente” organizacional, pois o indivíduo ao mesmo tempo em que vê a sua racionalidade limitada e influenciada pela organização, se insere no contexto organizacional onde as decisões são interdependentes pela hierarquia e pelas condutas atuais que são resultados de decisões passadas, e que conseqüentemente vão limitar o horizonte de decisões futuras

Na teoria comportamental da empresa, a organização é vista como uma coligação de indivíduos que tem objetivos diferentes. Estes são tratados pelos indivíduos como obrigações a serem satisfeitas, enquanto que a organização deve fazer frente, de maneira permanente aos potenciais conflitos. Para resolvê-los os problemas são divididos e distribuídos à sub-partes, as quais dão o tratamento que acharem mais conveniente, respeitando contudo, o objetivo obrigatório.

Desta forma, a organização funciona com uma justaposição de racionalidades locais, definida em função de um nível de performance, sem qualquer otimização global, privilegiando a reação a curto prazo, para responder a problemas urgentes, em detrimento da antecipação a longo prazo, negociando com o contexto condições estáveis de atividade.(NIOCHE, 1993: 304-305)

O processo de decisão na teoria comportamental da empresa, pode ser resumido 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 fundamental do modelo organizacional é que ele coloca em evidência a importância do próprio processo de determinação das escolhas: o conteúdo das escolhas é afetado pela maneira como são feitas.

Para a abordagem política, a organização é vista como um conjunto de jogadores, que podem ser indivíduos ou grupos, dotados de interesses e objetivos próprios, controlando diferentes recursos como: autoridade, status, recursos, idéias e informações. A organização não tem objetivos claros a priori. Os indivíduos ou grupos conduzem estratégias particulares a partir de sua situação própria. (NIOCHE, 1993: 307)

As organizações na perspectiva política são encaradas como estruturas de poder. Os objetivos organizacionais são na verdade objetivos de indivíduos que têm poder suficiente para impor sua preferência a outros. Neste sentido, o processo decisório é um grande sistema de negociação *“visto como um jogo em que uns ganham e outros perdem e assim uns apoiam e outros rejeitam”* (MOTTA, 1996: 61)

Como a organização possui diferentes grupos de interesse, o processo decisório no nível estratégico, vai refletir uma constante negociação de interesses para manter, reforçar ou modificar a coalizão de poder.

Nesta lógica, as informações para as tomadas de decisões não são coletadas apenas para a solução racional dos problemas, mas também em função da necessidade de conhecer os diversos interesses da coalizão de poder.

São elementos do processo político o poder, a influência, as alianças e o conflito.

Fruto da teoria contemporânea da decisão gerencial, a abordagem intuitiva da tomada de decisão identifica como elementos principais a intuição, o senso comum, os instintos e percepções individuais, valorizando a prática e a experiência profissional dos gerentes; o que se aprende no dia-a-dia; como um importante recurso para a tomada de decisão.

Autores como Mintzberg (1976), Motta (1996), Vergara (1993), vem dando cada vez mais importância às decisões baseadas no intuitivo, à medida em que identificam o processo decisório como fragmentado, ao contrário da teoria racional.

Para a abordagem intuitiva, as interligações entre os problemas e soluções ocorrem de maneira assistemática e quase sempre ao acaso. Além disso, como argumenta Motta (1996) a diversificação do trabalho do dirigente moderno, em um ambiente de rápidas mudanças e surpresas constantes, tem colocado questões que não são mais passíveis de serem resolvidas através de métodos pré estabelecidos que descrevem a função gerencial como racional e programada no sentido da definição de objetivos e do controle de resultados.

No dia-a-dia do executivo, segundo Mintzberg (1976), as informações para a tomada de decisão não se mostram de forma clara e precisa. Estas aparecem em meio a uma confusão de tarefas onde os problemas acabam por ser mal estruturados, dificultando o uso somente de critérios racionais.

Os dirigentes têm a necessidade de 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 bem diferente daquele baseado na proposta racional. Desta forma, a intuição vem desempenhando um papel fundamental.

A construção científica desta abordagem tem como base a filosofia, psicologia, matemática e física, influenciando as novas teorias da administração e propondo o lançamento de uma nova teoria gerencial.
(MÖELLER et all, 1993)

Esta nova teoria sugere a necessidade de resgatar o homem em sua totalidade, e a organização é entendida como um ambiente holístico e não-mecanicista.

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

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 .

A autora baseia-se em teóricos como Kant, Descartes, Bergson e Jung para fazer um contraponto entre 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, prescindir 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, 1993: 132)

Neste sentido, a tomada de decisão intuitiva é um *insight* que vem à mente do gerente fundamentado em sua experiência e prática profissionais, trazendo soluções para o enfrentamento de possíveis obstáculos que podem atrapalhar a tomada de decisão.

A recente literatura administrativa vem carregada de depoimentos de administradores que afirmam que suas decisões não tem sido baseada em dados objetivos, mas em algo que indicava uma direção e, de maneira inexplicável, uma certeza, segurança de que estava no caminho certo.⁴

Desta forma, a intuição do gerente, baseado no conhecimento e experiência do contexto pode levar também a decisões eficazes.

A aceitação destes pressupostos, não implica, em absoluto na anulação das demais vertentes da teoria da decisão.

O que se propõe hoje, é um maior equilíbrio entre todos os recursos disponíveis para a ação e a tomada de decisão gerencial. Esse equilíbrio, como assevera Paulo Motta, *“não significa síntese entre posições opostas, mas a convivência com as contradições e os paradoxos da realidade organizacional.”* (MOTTA, 1996, 71)

Este é um dos grandes desafios colocados na atualidade no que se refere à gestão organizacional: ir além da objetividade, sem deixar de considerá-la, porém, valorizando o caráter subjetivo presente nas organizações, os diversos interesses que perpassam os relacionamentos interpessoais, os conflitos,

⁴ Como assevera Motta (Motta, 1996), o processo intuitivo incorpora um número muito maior de variáveis, já que se encontra permeado por fatores emocionais, políticos, de oportunidade e de sensibilidade presentes também em todo o processo decisório.

produzir novas perspectivas e relações, criando espaços para novos valores e práticas na busca de novas bases para a decisão.

1.3 A DECISÃO EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS: CONFLUÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO COM A POLÍTICA.

O setor público de saúde se constitui em um espaço de articulação de duas lógicas fundamentais: administrativa e política.

Como já explicitado anteriormente, as organizações públicas de saúde podem ser caracterizadas como burocracias profissionais, onde os gestores operam suas ações a partir de um arcabouço altamente técnico e são também negociadores políticos.

Ribeiro (1996), destaca *“a relevância do corpo técnico e burocrático da administração pública na estruturação, formação da agenda e defesa dos interesses no SUS. O estudo destas estruturas e grupos remete-nos à formação da tecnoestrutura de Estado, que participa da elaboração de problemas e de soluções no processo de tomada de decisões na política de saúde, e a como ela responde à entrada em cena de grupos de interesses emergentes ao processo decisório através dos Conselhos de Saúde.”* (RIBEIRO, 1996: 55)

O surgimento da tecnoestrutura estatal no Brasil, na década de 30, na transição do Estado Oligárquico, clientelista para o Estado Burguês, meritocrático, dá-se a partir da necessidade de reduzir a relação investimento/produto, adotando para isso técnicas de política econômica mais racionais. (IANNI, 1991)

São introduzidos novos auxiliares diretos do governo (economistas, engenheiros, estatísticos, etc) que passam a fazer parte dos órgãos através dos quais a política econômica governamental é formulada e posta em prática.

Octavio Ianni (1991), assevera que a tecnoestrutura estatal envolve os seguintes elementos e relações:

- “a) o encadeamento entre a tecnocracia e os órgãos de planejamento;*
- b) a utilização crescente de certas modalidades do pensamento técnico-científico;*
- c) o fortalecimento do Poder Executivo, em detrimento do Poder Legislativo e dos princípios da “democracia representativa”;*
- d) o sistemático encadeamento recíproco das relações de dominação (políticas) e apropriação (econômicas)” (IANNI, 1991: 316)*

E acrescenta *“O que sobressai como particularidade essencial da tecnoestrutura estatal, é o fato de que ali ocorre o sistemático encadeamento recíproco das relações políticas e econômicas, no nível das decisões. Mais do que em qualquer outra esfera do Estado brasileiro, a tecnoestrutura é a esfera do poder na qual se verifica (de modo mais direto e sistemático) o intercâmbio e a metamorfose do político em econômico e vice –versa. Essa posição privilegiada da tecnoestrutura estatal (relativamente às várias esferas do Estado, em particular ao Legislativo) decorre do fato de que é em seu âmbito que se tomam, em última instância, as decisões sobre a política econômica governamental, planificada ou não.” (IANNI, 1991: 317)*

Os administradores encontram-se subordinados a uma série de demandas, que vão desde a imposição de normas técnicas, até a ação de determinados grupos de interesses, influenciados, portanto, por valores políticos, pessoais, governamentais, de organização e ideológicos.

Segundo Viana, *“... o problema central do processo decisório é reconhecer quem está envolvido, sendo esse processo a culminância de uma variedade de decisões, algumas de rotinas e outras não. A decisão governamental, portanto, leva em consideração os critérios que os partidos, as normas e a opinião pública estabelecem; os tipos de decisão (barganha, persuasão e comando); a ação da maioria congressual; o ato de decisão do presidente (presidencial decision-making); e o incrementalismo.” (ANDERSON, 1975 citado por VIANA, 1995:76)*

Mendes (1996), aponta no caso particular da saúde, para uma superposição de papéis de representação política e de discurso técnico. O caráter técnico funciona como uma espécie de filtro por onde passam as proposições políticas e onde são definidas sua viabilidade.

“A ação dos técnicos e especialistas está articulada a outros centros decisórios, daí não configurar uma tecnocracia típica. Os especialistas devem alguma subordinação aos políticos – na administração pública – e aos grupos de interesses societários – nos conselhos – e, por sua vez, delimitam também a ação destes grupamentos. (...) podemos afirmar que o corpo técnico-burocrático é relevante para o estabelecimento das políticas públicas juntamente com outros fatores, tais como as demandas sociais e políticas e a ação dos grupos de interesses societários.” (RIBEIRO, 1996: 56)

Sharkansky (1974), afirma que os produtos dos sistemas administrativos refletem a interação de várias decisões diferentes, de insumos internos e de características sociais, econômicas e políticas do ambiente.

“Os administradores não são livres para tomar decisões que possam satisfazer sua fantasia. Compreender suas decisões não é compreender simplesmente as predileções pessoais que levam o funcionário a fazer uma determinada opção. Na verdade, os administradores estão sujeitos a numerosas demandas e a severas coações. Estas compreendem:

- a) a consideração da cultura política pelos administradores públicos e as atitudes específicas que os cidadãos mantêm em relação aos programas governamentais e aos empregados públicos;*
- b) demandas, recursos e apoio político dos cidadãos individuais, dos partidos políticos e dos grupos de interesses;*
- c) demandas, recursos e apoio político dos ramos legislativo, executivo e judiciário do governo;*
- d) demandas, recursos e apoio político provenientes de indivíduos e instituições de outros governos, por meio de relações intergovernamentais verticais ou horizontais;*

- e) *a formação social, as aptidões e os valores dos próprios administradores;*
- f) *as estruturas, os processos e os precedentes das unidades administrativas.” (SHARKANSKY, 1974: 40)*

O autor aponta ainda algumas dificuldades estruturais das organizações públicas que demonstram o seu caráter político intrínseco e que impedem que as decisões sejam baseadas exclusivamente em critérios técnicos e racionais:

“a) a necessidade dos administradores interagirem com os legisladores e com o chefe do executivo, cujas próprias relações por sua vez são afetadas pela separação dos poderes, confrontos e equilíbrios;

b) as limitações no controle dos administradores públicos sobre seus subordinados;

c) as normas padronizadas de operação e a burocracia dentro das unidades administrativas que impedem as inovações;

d) os conflitos entre os administradores em posições de execução e os administradores em posições de autoridade.” (SHARKANSKY, 1974: 49)

A institucionalização e operacionalização do SUS nos municípios, trazem à tona a necessidade do cumprimento de uma série de exigências técnicas preconizadas nas NOBs, desencadeando, desta forma, um processo político de negociação e tomada de decisões que visam, principalmente, alcançar as fontes de financiamento para a manutenção do sistema de saúde.

Interessa saber aqui, considerando uma suposta ambigüidade técnico - política do processo decisório, como esses elementos se conformam na formulação de decisões da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 2: O PROCESSO DECISÓRIO NO SUS:

No âmbito da saúde, à luz das políticas propiciadas pelo processo de Reforma Administrativa do Estado, o nível local tem se apresentado como um espaço propício para o estudo no campo do Planejamento e Administração em Saúde.

A definição de novos papéis para cada esfera de governo, no tocante às competências e responsabilidades da atenção pública à saúde vem se reafirmando na prática, no sentido de tornar operacionais os preceitos da legislação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 apresenta no capítulo sobre a Seguridade Social na seção II, os parâmetros fundamentais que irão direcionar as políticas de saúde, modelando o SUS, enfatizando a municipalização e estabelecendo o terreno das discussões políticas e técnicas nas diferentes esferas governamentais.

Sob o lema: “Saúde direito de todos e dever do Estado”, o acesso às ações e serviços de saúde passa a ser universal e a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O processo de descentralização é estimulado rumo à constituição de um sistema unificado e hierarquizado. Os estados e municípios passam a dispor diretamente de mais recursos fiscais, embora ainda não tenha havido um maior detalhamento acerca do volume de recursos e os tipos de serviços colocados sob responsabilidade local.

De maneira gradual, esta configuração das políticas de saúde tem lançado novos elementos na arena das discussões técnicas e políticas nas diferentes esferas governamentais, tais como a municipalização do sistema e a

incorporação de novos atores ao processo decisório através da disseminação dos Conselhos de Saúde.

“Com a progressiva regulamentação dos procedimentos da política setorial, foram encurtadas as distâncias entre técnicos graduados , Secretários e Ministros. Desta forma o processo decisório tornou-se mais complexo, observando-se a proliferação de conflitos entre os diversos grupos e associações que disputam os recursos públicos destinados à área da saúde. Nestes novos arranjos, os conselhos de saúde e as comissões entre gestores governamentais adquirem peso específico crescente.” (Cosems-RJ,1997: 15)

O objetivo deste capítulo é visualizar os reflexos da Política Nacional de Saúde no processo decisório municipal.

Para tanto, buscar-se-á identificar como está sistematizado o processo decisório no SUS. Será feita uma breve descrição das principais instâncias decisórias que se configuraram após a institucionalização das Leis e das NOBs que compõem o conjunto de princípios e diretrizes responsáveis por sua operacionalização nos três níveis de gestão; Federal, Estadual e Municipal; enfocando, principalmente, o nível local, objeto deste estudo.

O arcabouço jurídico-institucional da Constituição de 88 para o SUS, é complementado pelas leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que tratam respectivamente da organização dos serviços e da participação comunitária. A operacionalização desta legislação tem sido feita através de diversas portarias do Ministério da Saúde, destacando-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996.

A Lei 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, define os papéis institucionais de cada instância governamental nos planos de gestão, estrutura de financiamento e regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, entendidos como gestores do sistema em sua esfera de competência. Também prevê como atuação do SUS a definição e execução

das ações de saúde do trabalhador, assistência terapêutica, corporal e farmacêutica, e as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Estabelece princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde: universalidade de acesso; integralidade e igualdade na assistência; direito à informação, inclusive quanto ao potencial dos serviços a seus usuários; utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades; alocação de recursos e orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a descentralização para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços; integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados e Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

Com relação à organização, direção e gestão do SUS, a Lei estabelece os seguintes princípios: direção única exercida em cada esfera de governo, pelo Ministério da Saúde na União, pelas Secretarias de Saúde nos Estados, Distrito Federal e municípios, sendo que, no caso dos Municípios, estes ficam autorizados a constituírem consórcios para desenvolver em conjunto as ações de saúde que lhes sejam correspondentes.

Criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas por ministérios e órgãos competentes, e entidades representativas da sociedade civil com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde.

Esta Lei, define atribuições e competências à União, Distrito Federal, Estados e Municípios, comuns ou específicas, demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 1: Lei 8.080: Definição de Atribuições e Competências

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Papel de caráter normativo; • Controle e fiscalização; • Promover a descentralização para estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde; • Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; • Controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e equipamentos, laboratórios e hemocentros, controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano, vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em colaboração com a União; • avaliar e divulgar os indicadores de morbimortalidade no âmbito estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar, organizar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde e sua execução; • Todas as ações dos Estados em âmbito municipal.

Fonte: Ministério da Saúde, 1990.

A Lei discorre ainda acerca do funcionamento e participação complementar dos recursos humanos, financiamento e gestão financeira dos serviços públicos e privados de assistência à saúde.

No tocante à transferência direta de recursos entre os fundos de saúde em caráter automático e imediato, uma série de vetos governamentais impostos pelo governo Collor de Mello, inviabilizaram sua implementação.

Ainda em 1990, foi promulgada a Lei 8.142, em 28 de dezembro. Esta Lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Criam-se novas instâncias de decisão e controle social, uma vez que são introduzidos na arena de discussão das políticas públicas de saúde a representação paritária de segmentos diferenciados da sociedade (representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários), com o estabelecimento de fóruns e conselhos de âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

O quadro a seguir mostra as instâncias criadas e seus papéis na configuração de uma proposta para a política de saúde apontadas pela Lei 8.132:

Quadro 2: Lei 8.142: Criação de Novas Instâncias de Decisão e Controle Social

Instâncias de Decisão/Controle Social	Definição do Papel
Conferência de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • representação paritária de vários segmentos sociais; • avaliar a situação de saúde; • propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde.
Conselhos de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • órgão colegiado composto em paridade por representantes do governo, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviço; • formulação, controle e execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; • decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.
CONASS e CONASEMS (Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • representantes dos Estados e Municípios no Conselho Nacional de Saúde; • interlocutores oficiais do MS com relação à Política de Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 1990.

Com relação aos recursos financeiros, esta lei propõe o repasse de forma regular e automática para Municípios, Estados e Distrito Federal, referentes à cobertura das ações e serviços de saúde para investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde.

Há um estímulo claro à criação dos Conselhos de Saúde e de outros instrumentos tais como: Fundo de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de gestão, Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e salários (PCCS), colocando-os como um dos pré requisitos para que as instâncias de governo possam receber seus recursos. (Ministério da Saúde, 1990)

A Lei aponta ainda, para uma tentativa de controle e acompanhamento da aplicação dos recursos repassados aos Estados e Municípios, através de um sistema de auditoria do Ministério da Saúde.

A primeira de uma série de três Normas Operacionais Básicas, a NOB 91 é criada na tentativa de tornar operacionais os preceitos das Leis 8.080 e 8.142, e ordenar a transferência de recursos.

Criam-se as figuras do município e Estado habilitados através de estímulos financeiros àqueles que se enquadram às exigências estabelecidas tais como: hierarquização da rede sanitária e criação de Fundos e Conselhos de Saúde.

Os Estados e Municípios não aderiram imediatamente à esta NOB, pois os não habilitados continuaram a receber transferências do SUS. Não houve um grande impacto pois os incentivos desta NOB não eram regulares. Somente após dois anos de vigência chegou-se a um número razoável de municípios habilitados que se constituíram na base do conceito de gestão que se formou a partir de 1993.

As resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993, vem originar o documento: “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”.

Este documento, produto do Grupo Especial para Descentralização (GED), constituído no âmbito da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, buscou elaborar propostas que pudessem viabilizar o processo de implantação do SUS com prioridade para a descentralização.

“A tarefa inicial deste grupo, constituído por técnicos pertencentes a diversas áreas do Ministério da Saúde, foi buscar a construção de uma unidade conceitual e operacional em relação ao processo de descentralização que resulte em diretrizes para orientar as decisões de todas as áreas do Ministério da Saúde.” (Ministério da Saúde, 1993: 11)

Quadro 3: Principais Pressupostos do GED

<p>Descentralização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • envolve redistribuição de poder e de recursos; • redefinição de papéis das 3 esferas de governo; • reorganização institucional; • reformulação de práticas; • novas relações: níveis de governo e controle social.
<p>Diálogo Negociação e Pactuação entre os atores que constituirão a base de legitimação das decisões</p>	<ul style="list-style-type: none"> • imediata implantação de Conselhos de Saúde paritários e deliberativos; • ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo: <u>Esfera Federal</u>, o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS através da Comissão Intergestores Tripartite; <u>Âmbito Estadual</u>, representantes das secretarias estaduais e membros das entidades representativas dos secretários municipais de saúde através das Comissões Intergestores Bipartites.
<p>Flexibilidade e Gradualidade do processo de transformação do sistema de saúde</p>	<p>Previsão de um período de transição até que se desorganizem as antigas práticas e que se instaurem as novas.</p>
<p>Redefinição de um novo modelo assistencial para o SUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; • Controle social, através dos Conselhos de Saúde; • Acesso às informações e dados em saúde; • Acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema; • Implantação de um sistema de referência e contra-referência; • Hierarquização e regionalização da rede de serviços; • Participação complementar dos serviços privados; • Ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde; • Ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações; • Incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.
<p>Efetivo Controle Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • controle social sobre a ação governamental em todos os níveis exercido através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.
<p>Elaboração de uma Política de Recursos Humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • formação, capacitação e reciclagem de pessoal; • elaboração dos PCCSs.
<p>Patrimônio</p>	<p>descentralização da rede federal dos serviços de saúde para Estados e Municípios.</p>
<p>Financiamento</p>	<p>responsabilidade dos três níveis de governo; quatro questões primordiais ao bom funcionamento do SUS: 1. ampliação da receita, 2. racionalização do custo de assistência e vigilância em saúde, 3. erradicação do desperdício, 4. eliminação da corrupção.</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 1993.

O documento redefine as competências das três esferas de governo, tornando mais precisas as determinações da Lei 8.080/90, chamando a

atenção para a estratégia de implementação do SUS que possui dois pressupostos básicos:

“1) a necessidade de assegurar flexibilidade ao processo, de modo a permitir a consideração das diferentes realidades estaduais e municipais.

2) a exigência de um processo negociado, que assegure viabilidade política à execução das medidas operacionais.” (Ministério da Saúde, 1993: 19)

O alcance da descentralização deve se dar de maneira pactuada entre os gestores das três esferas constituindo-se em um processo de transição. Neste processo coexistem três situações diferentes no tocante à configuração e gestão do sistema: transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena. Situações progressivas, mas não necessariamente sequenciais de gestão dos Estados e Municípios para o SUS.

A partir das diretrizes principais deste documento, o Ministério da Saúde estabelece a NOB 93, que representa um divisor de águas marcante na política sanitária dos anos 90.

A NOB 93 apresenta como item centrais: a execução do SUS descentralizada por níveis de gestão **incipiente**, **parcial** e **semi-plena**.

Na **gestão incipiente**, os municípios assumem imediatamente ou gradativamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, a responsabilidade sobre a contratação e cadastramento dos prestadores; controla a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e assistência e reabilitação ao acidentado ou portador de deficiência ocasionada pelo trabalho.

Para assumir a condição de **gestão parcial**, o município deve se responsabilizar por todas as ações previstas na gestão incipiente. A mudança

está no repasse de recursos, passando a receber mensalmente recursos financeiros correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. (COSEMS-RJ, 1997)

Na condição de gestão **semi-plena**, o Município assume a total responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços públicos e privados e o gerenciamento de toda rede pública existente no município, à exceção das unidades hospitalares de referência que estejam sob o controle estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitárias e saúde do trabalhador em seu território.

Com relação ao repasse de recursos, recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Os requisitos estipulados para o enquadramento dos municípios às três formas de gestão, incentivam a criação do Conselho Municipal e do Fundo Municipal de Saúde, além de estimular o estabelecimento de contatos entre os Municípios e as Comissões Intergestoras Bipartites.

Para os Estados, a NOB 93 prevê a condição de gestão parcial, onde os Estados devem assumir a responsabilidade por uma programação integrada com seus municípios no tocante à manutenção de serviços e investimentos, além de gerir os recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal.

O controle da rede de serviços públicos e privados também fica sob custódia do Estado, respeitando as condições de gestão dos municípios, da redistribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares. Assim como, coordenar a rede de referência estadual e os sistemas de alta complexidade, controlar as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses

ambulatoriais e medicamentos especiais, ações de vigilância epidemiológica, hemocentros, rede de laboratórios de saúde pública, e saúde do trabalhador.

Os recursos financeiros correspondentes ao conjunto de unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas em caráter suplementar e as dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, são repassados mensalmente.

A NOB 93 estabelece, para o gerenciamento do processo de descentralização do SUS, alguns foros de negociação e decisão estruturados e articulados. Mais uma vez entram no cenário da política nacional de saúde novas instâncias de decisão que podem, de alguma forma, emitir reflexos no processo de tomada de decisão das diferentes esferas de governo.

Quadro 4: NOB 93: Principais Instâncias Decisórias

Níveis de Governo	Instâncias de Decisão
Âmbito Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão Intergestores Tripartite – formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de auxiliar o Ministério da Saúde na elaboração de propostas de implantação e operacionalização do SUS, estando submetido ao Conselho Nacional de Saúde. <p>Conselho Nacional de Saúde – é o órgão deliberativo na formulação de estratégias e controle da política nacional de saúde.</p>
Âmbito Estadual	<p>Comissão Intergestores Bipartite – formada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, COSEMS, sendo que, o secretário de saúde do município da capital é membro nato desta comissão. É a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.</p> <p>Conselho Estadual de Saúde - é permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e controle da execução da política estadual de saúde.</p>
Âmbito Municipal	<p>Conselho Municipal de Saúde - é permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e controle da da execução da política municipal de saúde.</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 1993.

A articulação entre estes foros se dá da seguinte maneira: os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual são regulamentados pela Comissão Bipartite. No caso de divergências não superadas, estas são submetidas ao Conselho Estadual de Saúde. Caso este

não exista, será submetido à Comissão Tripartite. Se, algumas das partes se considerar prejudicada pela decisão, seja da Comissão Tripartite, seja do Conselho Estadual, o problema poderá ser levado ao Conselho Nacional de Saúde.

A NOB 96, mantém a definição de papéis entre os poderes Federal, Estadual e Municipal, além de reforçar a capacidade de gestão dos municípios, onde as transferências fundo a fundo são ampliadas para todos os municípios habilitados para as ações básicas. Esta NOB redefine os modelos de gestão, instituindo critérios de enquadramento dos municípios mais avançados em sua estrutura criando níveis de gestão **Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal**, para onde deveriam convergir os municípios habilitados em gestão semiplena pela NOB 93. Para os Estados são criados os níveis de gestão Avançada e gestão Plena.

A NOB 96 busca “a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente.” (Ministério da Saúde, 1996: 7)

Desta forma, fica estabelecida a criação de um SUS municipal, *“um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município.”* (Ministério da Saúde, 1996: 9)

A gerência de serviços, neste sistema, pode ser estatal ou privada, mas a gestão é de competência exclusiva do poder público.

É importante destacar aqui, a diferenciação de conceitos entre gerência e gestão: *“gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação, etc), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual, ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação,*

articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.” (COSEMS-RJ, 1997: 79)

A criação do SUS-municipal, possibilita um grande passo rumo à descentralização e à responsabilização dos municípios. No entanto, dada a realidade objetiva diferenciada dos municípios, há que se tomar certos cuidados frente ao risco de crescimento desordenado de um município em detrimento de outro, podendo ameaçar a integridade do SUS.

Neste sentido, os Estados assumem um papel fundamental de mediar a relação entre os sistemas municipais, atribuindo, desta forma, responsabilidades aos fóruns intergovernamentais:

RESPONSABILIDADES

Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites

- apreciação das composições dos sistemas municipais de saúde;

Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites

- pactuar os tetos financeiros dos municípios;
- programações entre gestores e a integração entre as esferas de governo;
- articular a relação entre gestores nos diferentes níveis do sistema– as conclusões das negociações pactuadas, são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. As que se referem a matérias de competência dos Conselhos de Saúde são submetidas a este para aprovação. As demais devem ser encaminhadas no prazo máximo de quinze dias para conhecimento e avaliação da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere a habilitação do Estados e Municípios à habilitação das condições de gestão desta norma.

Comissões Intergestoras Bipartites

- mediação entre os municípios, no caso de haver uma demanda por serviços de um município de menor porte, para um com maior capacidade resolutiva, implicando na

	<p>alocação dos recursos do município demandante para o demandado, e então é submetida ao Conselho de Saúde correspondente.</p> <p>OBS: No caso de um impasse, é o gestor estadual que decide sobre os problemas surgidos na execução das políticas aprovadas.</p>
Conselhos de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • composição e ratificação das programações entre os sistemas municipais.
Conselho Estadual de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • alocação de recursos para os municípios

O custeio das ações e serviços de saúde é responsabilidade das três esferas de governo. Os recursos provêm da União, Estados, Municípios, do Distrito Federal e de contribuições sociais cujas principais fontes são a Folha de Salário (Fonte 154), Faturamento (Fonte 153 e COFINS) e o Lucro (Fonte 151/Lucro Líquido).

As fontes fiscais são destinadas praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Nas esferas Estaduais e Municipais, além dos recursos do próprio tesouro há os recursos transferidos da União que devem ser previstos no orçamento e identificados nos Fundos de Saúde para execução de ações previstas nos respectivos Planos de Saúde e PPI (Programação Pactuada e Integrada).

Com relação às transferências Intergovernamentais, os Recursos de Investimento são alocados pelo Ministério da Saúde a partir da apresentação pela Secretaria Estadual da programação de prioridades e investimentos negociada na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada no Conselho Estadual de Saúde. Os Recursos de Custeio são repassados pela esfera Federal configurando o TFG – Teto Financeiro Global, definido por Estados e Municípios com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI), que é o

instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, explicitando o pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

No tocante ao Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, a NOB 96 prevê duas modalidades de repasse de recursos: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração por Serviços Produzidos.

No que diz respeito à transferência de recursos fundo a fundo, que consiste na transferência direta do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, a NOB 96 determina diferentes formas de atuação:

Modalidades Fundo a Fundo:

Piso Assistencial Básico (PAB)

Formas de Atuação:

é um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, é proposto pela CIT e votado no Conselho Nacional de Saúde. É observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, para o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada em todo país.

Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PCF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Serão acrescidos determinados montantes ao PAB, sempre que estiverem atuando integralmente junto à rede municipal, equipes de saúde da família ou de agentes comunitários de saúde, ou estratégias semelhantes que garantam a integralidade da assistência, avaliada pelo Ministério da Saúde com base em normas da direção nacional do SUS.

Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante destinado a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses

e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.

Teto Financeiro de Assistência ao Município (TFAM) É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assumidas pela secretaria municipal. Destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (a não ser aqueles excluídos da gestão municipal por negociação da CIB).

Teto Financeiro da Assistência ao Estado (TFAE) Corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade do Estado.

Índice de Valorização de Resultados (IVR) É a atribuição de valores adicionais equivalentes a 2% do teto financeiro da assistência ao Estado, transferido automaticamente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual, como incentivo à obtenção de impactos positivos sobre as condições de saúde da população.

Remuneração por Serviços Produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e prévia autorização do gestor, de acordo com valores fixados em tabelas editadas pelo Ministério da Saúde, incluindo as seguintes modalidades:

- Remuneração de Internações Hospitalares;
- Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade;
- Remuneração Transitória por Serviços Produzidos;
- Fatores de Incentivo e Índices de Valorização;

Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) responsabilidade especificamente municipal, sendo transferida ao Estado quando este se responsabilizar por municípios não habilitados; e

ao Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária (IVIS), transferidos aos Estados como incentivo de resultados de impacto significativo.

Remuneração por Serviços Produzidos Transitoriamente

o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), que consiste no pagamento direto às Secretarias Estaduais e Municipais por serviços de competência exclusiva da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, com demonstrativos aprovados na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças

Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), que cobre os procedimentos SAI/SUS cujo elenco de valores são definidos em negociações na Tripartite nas modalidades: Fundo a Fundo, segundo as condições de gestão; Remuneração por Serviços Produzidos, que são pagos às Secretarias Estaduais e às Secretarias Municipais, observadas as condições de gestão estabelecidas a partir desta NOB e Transferências por Convênio, visando estimular as atividades de epidemiologia e controle de doenças, custeio das operações especiais e o Financiamento de Projetos de Cooperação Técnico Científica.

A NOB 96 estabelece novos modelos de gestão para Municípios e Estados.

No caso do Municípios, estes podem pleitear duas condições de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal.

Para ser enquadrado na gestão plena da atenção básica, o município deve provar junto à CIB o preenchimento dos seguintes requisitos:

- Funcionamento de Conselho Municipal de Saúde;

- Funcionamento do Fundo Municipal de Saúde;
- Plano Municipal de Saúde com o compromisso de participar da programação pactuada para alocação de recursos através da CIB;
- Comprovar dotação orçamentária do ano e dispêndio do ano anterior;
- Formalizar, com aprovação do Conselho municipal de saúde, o pleito de habilitação;
- Dispor de Médico formalmente designado para as autorizações prévias;
- Comprovar capacidade de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Comprovar disponibilidade de RH para supervisão e auditoria da rede.

Ao ser habilitado, o município terá as seguintes prerrogativas:

- Transferência automática do PAB;
- Transferência automática do PBVS;
- Transferência automática para as ações de epidemiologia e controle de doenças;
- Todas as unidades básicas de saúde (estatais e/ou privadas) estabelecidas no município ficam subordinadas ao Gestor Municipal.

Para atender aos requisitos da gestão plena do sistema municipal municipal, são necessários os itens anteriormente apontados com os seguintes acréscimos:

- Relatório de gestão anterior à solicitação;
- Oferta, no território, de todo elenco de procedimentos do PAB, além de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica;
- Comprovar a estruturação de equipe para auditoria e supervisão da rede, dos profissionais e dos serviços.

Ao ser habilitado, o município terá as seguintes prerrogativas:

- Transferência regular do TFA;
- Normatização complementar do pagamento dos prestadores;
- Transferência fundo a fundo do TBVS;
- Remuneração dos serviços de vigilância Sanitária de média e alta complexidade e do PDAVS;

- Subordinação à gestão municipal das unidades estabelecidas em seu território;
- Transferência de valores pelas ações de epidemiologia e controle de doenças.

Para os Estados, a NOB estabelece as modalidades de gestão Avançada e Plena.

Para ser enquadrado em qualquer uma das modalidades os Estados devem assumir as seguintes responsabilidades:

- Elaboração da Programação Pactuada e Integrada;
- Plano Estadual de Saúde, que deve ser negociado na Bipartite e aprovado no Conselho Estadual;
- Gerência das unidades estatais de hemoterapia e de laboratórios para controle de qualidade, para Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- Política de hemoterapia;
- Organização do Sistema de Referência e da Câmara de Compensação de AIH;
- Política estadual de assistência farmacêutica, articulada com o Ministério da Saúde;
- Normatização da administração da oferta e do controle dos serviços de alto custo;
- Cadastro atualizado;
- Cooperação técnica e financeira com os municípios objetivando a descentralização;
- Política de Integração das ações de saneamento às ações de saúde;
- Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças;
- Coordenação das ações de Vigilância Sanitária;
- Execução da Vigilância Sanitária nos municípios não habilitados;
- Execução da alta e média complexidade da Vigilância Sanitária;
- Execução do PDAVS.

Requisitos comuns para habilitação em uma das duas modalidades:

- Conselho Estadual de saúde;
- Comissão Intergestores Bipartite;
- Fundo Estadual de Saúde;
- Plano Estadual de Saúde, com programação, estratégias e critérios;
- Relatório de gestão do ano anterior ao pleito, aprovado no Conselho Estadual de Saúde;
- Comprovar a transferência de gestão hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados;
- Comprovar SNA;
- Capacidade técnica, administrativa e condições materiais;
- Dotação orçamentária do ano, e dispêndio do ano anterior como contrapartida;
- Formalização do pleito à Comissão Intergestores Tripartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde;
- Criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia;
- Funcionamento da Vigilância Sanitária;
- Funcionamento da Vigilância Epidemiológica;

No caso de pleitear a Gestão Avançada, o Estado tem que assumir as seguintes responsabilidades e requisitos específicos:

- Contratação, controle, auditoria e pagamento dos serviços sob gestão estadual da FAE;
- Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviço dos municípios não habilitados;
- Ordenamento do pagamento dos demais serviços sob gestão do Estado;
- Operação do SAI/SUS.
- Programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo com referência intermunicipal, contendo os critérios utilizados;
- Ter 60% dos municípios habilitados ou 40% habilitados abrangendo 60% da população do Estado.
- Ter 30% do TFA comprometido com transferência regular e automática dos municípios.

Ao ser habilitado, o Estado terá as seguintes prerrogativas:

- Transferência regular e automática dos recursos da FAE e do PAB relativo aos municípios não habilitados;
- Transferência do PBVS dos municípios não habilitados na NOB 96;
- Transferência do IVISA;
- Remuneração por serviços produzidos em Vigilância Sanitária.

No caso de pleitear a Gestão Plena, o Estado tem que assumir as seguintes responsabilidades e requisitos específicos:

- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviço sob gestão estadual;
- Operação do SAI/SUS e do SIH/SUS;
- Comprovar implementação das ações ambulatoriais de alto custo;
- Mecanismos de controle de serviços;
- Ter 80% dos municípios habilitados ou 50% de municípios habilitados onde residam 80% da população do estado;
- Comprometer 50% do TFA em transferências.

Ao ser habilitado, o Estado terá as seguintes prerrogativas:

- Transferência regular do TFE;
- Transferência regular do IVR;
- Transferência regular do PBVS;
- Transferência regular do IVISA;
- Remuneração dos serviços de Vigilância Sanitária;
- Normatização, pactuada na CIB e aprovada no CES, dos pagamentos dos prestadores;
- Transferências de recursos para epidemiologia e controle de doenças.

A descentralização da atenção à saúde tem sido lentamente implementada. A municipalização é que tem se apresentado como a forma concreta deste processo.

No entanto, faz-se necessário destacar alguns obstáculos que podem descaracterizar as finalidades do processo de municipalização:

Em primeiro lugar, os municípios não possuem um poder decisório concretamente estabelecido pelas instâncias formais de decisão no SUS. Na maioria das vezes, como observamos nas descrições das NOBs, os recursos às decisões são tomadas nas comissões Tripartites, o que, na prática, pode não garantir a participação do município afetado.

Em segundo lugar, é importante observar como de fato, está ocorrendo a municipalização, principalmente com relação à definição do montante de recursos que cada município deve receber. Transferir responsabilidades sem alocação de recursos pode comprometer o processo em andamento.

“Embora a descentralização possa ser observada por diversos ângulos, pode-se dizer que, no caso da política da saúde no Brasil nos anos 90, ela tem caminhado a passos largos em direção à municipalização. No plano da administração pública, no entanto, este processo varia muito conforme cada prefeitura. Em certos casos, observa-se apenas uma desconcentração de atividades do nível central para o local, sem uma distribuição concomitante de recursos e autonomia de decisão; em outros nota-se a transferência de tarefas específicas para organismos não governamentais ou empresas privadas.”
(COSEMS-RJ, 1997: 56)

CAPÍTULO 3: A FORMULAÇÃO DA DECISÃO. O CASO DA SMS – RJ.

O presente trabalho constitui um estudo exploratório acerca de um fenômeno ainda pouco abordado no que diz respeito às instituições públicas de saúde. Trata-se do estudo da fase de formulação do processo decisório no nível estratégico de uma organização de saúde pública.

A formulação tem recebido uma ênfase maior pelos estudiosos do tema, tais como Anderson (1975), Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk (1985), entre outros, na busca de superação da dicotomia permanente entre decidir e executar que separa as ações de decisão daquelas propriamente administrativas do setor público, ou seja, é preciso que haja uma interação entre a intenção (formulação) e a ação (implementação) no processo de decisão que é inerente ao processo de fazer políticas.

Segundo Viana (1995), a fase da formulação de políticas é quando se elaboram alternativas e se faz a escolha de uma delas, e pode ser dividida em três subfases: a) quando os dados se transformam em informações de relevância; b) quando às informações juntam-se valores, ideologias e princípios; c) quando o conhecimento normativo sem caráter científico é transformado em ações. (Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk, 1985 citados por Viana, 1995)

A grande preocupação refere-se à necessidade de uma interação entre os formuladores (fazedores de políticas) e implementadores, para o sucesso de determinada política.

Os formuladores de políticas são subdivididos em dois grupos:

- os “fazedores oficiais”- Executivo, Legislativo e Judiciário;
 - os “não- oficiais”- grupos de interesses, partidos políticos ou indivíduos.
- (Anderson, 1975 citado por Viana, 1995)

Ambos os grupos são influenciados por valores políticos, pessoais, governamentais, de organização e ideológicos. (Viana,1995)

Sem a pretensão de generalizar ou esgotar o assunto proposto, a linha de investigação desenvolvida procura oferecer subsídios para refletir acerca de como as decisões tem sido operacionalizadas nos níveis mais elevados de gestão de organizações de saúde pública.

Tendo em vista a multiplicidade de abordagens possíveis sobre o tema , cabe explicitar a linha de análise adotada. O campo técnico privilegiado do estudo é o da administração em saúde, sendo o processo decisório analisado enquanto um dos condicionantes do comportamento gerencial, onde o gerente é parte deste processo.(Motta, 1996).

O desenho do estudo proposto para esta investigação abrange um trabalho de campo exploratório, com o objetivo de caracterizar o processo decisório e suas racionalidades, identificar os atores e o grau de participação neste processo e os canais formais e informais pelos quais a decisão costuma ser processada.

A escolha do Município do Rio de Janeiro como campo de investigação tem relação com o fato da Secretaria Municipal de Saúde encontrar-se em um processo de reestruturação e mudança da condição de gestão da atenção à saúde, que envolve uma enorme gama de decisões relativas à configuração da rede de serviços do Município.

Em relação à metodologia utilizada na pesquisa de campo, realizada a partir do primeiro semestre de 1998, é importante destacar como um aspecto relevante para a escolha dos métodos de pesquisa a dinamicidade do fenômeno em investigação, que ressalta a importância de fontes variadas de informação.

Desta forma foram adotados como instrumentos de coleta de dados: fontes orais – entrevistas não estruturada, semi-estruturadas e reuniões informais; publicações oficiais – diário oficial da União e do Município do Rio de Janeiro, Leis e documentos oficiais; documentos internos – da Secretaria Municipal de

Saúde, com informações sobre a proposta de reformulação da estrutura organizacional.

No que diz respeito às fontes orais utilizadas na pesquisa, é importante esclarecer alguns aspectos. A primeira aproximação com o objeto estudado se deu através de reuniões informais com gestores de unidades ambulatoriais, e de uma entrevista não estruturada, do tipo História de Vida, com um dos atores participantes do nível estratégico da SMS-RJ, informante chave deste estudo.

Os objetivos desta primeira aproximação foram: traçar um histórico da estrutura organizacional da SMS-RJ, a partir de 1975; época da fusão do Estado do Rio de Janeiro; detectar o caráter de descentralização/desconcentração da tomada de decisão desta Secretaria, e os atores mais importantes do processo decisório.

A partir da identificação dos principais atores tomadores de decisão da SMS-RJ, foram realizadas 11 entrevistas semi-estruturadas, utilizando um roteiro que foi elaborado em função dos primeiros levantamentos.

Em relação à utilização do material das entrevistas, optou-se por não identificar os entrevistados. Foram atribuídos números a cada um destes, de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

A coleta de dados documental estendeu-se praticamente até a finalização do trabalho, dada a dinâmica dos acontecimentos durante a realização da pesquisa de campo. A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro foi, no decorrer deste período, habilitada às duas condições de gestão previstas na NOB 96. Primeiro à Gestão Plena da Atenção Básica, em setembro de 1998 e finalmente à Gestão Plena do Sistema Municipal em janeiro de 1999.

A leitura e análise das informações fornecidas pelas entrevistas teve como base a estrutura da tomada de decisão de Mintzberg (1976), que compreende as fases de Identificação, Desenvolvimento e Seleção, descritas

em sete rotinas, acompanhadas por três outros grupos de rotinas que apoiam as fases centrais do processo de decisão.

Além desta categorização, procurou-se detectar: a natureza da decisão; o(s) estímulo(s) da decisão; o nível de participação dos atores envolvidos e o grau de influência na decisão; existência de fóruns decisórios e suas redes de comunicação, como são operacionalizados; a influência do grau de hierarquia como um dos determinantes da participação dos atores envolvidos; existência de redes de controle (coercitiva, normativa, remunerativa) para lidar com possíveis conflitos institucionais; influência de grupos de interesses internos e externos à SMS-RJ.

No que diz respeito às limitações do estudo, é válido tecer algumas considerações. A pesquisa de campo ficou restringida à um único município, o do Rio de Janeiro, cuja organização do sistema de saúde apresenta muitas peculiaridades. Ainda que tenham sido identificados aspectos importantes do processo decisório em uma organização pública de saúde, não se pode generalizar as questões discutidas para outros locais.

Não foi possível estabelecer um contato mais aprofundado com o objeto de estudo. Este ficou limitado à realização das entrevistas. Foi ventilada a possibilidade de participação da pesquisadora, enquanto observadora, nas reuniões que fizeram parte do processamento da decisão, fato que foi prontamente, sutil e gentilmente negado.

O acesso à documentação, de uma maneira geral, também ficou restringido. O tipo de documentação acessível (resoluções publicadas no Diários Oficiais e documentos internos da SMS-RJ), caracterizaram-se por um nível de informação bastante sintético e burocratizado, impedindo uma maior riqueza de detalhes que pudesse ilustrar de maneira mais transparente o processo decisório em si.

O processo de formulação da decisão estudada não se encerra com a discussão interna no nível central da SMS RJ. Há ainda um longo caminho a

ser percorrido até sua implementação, passando por mais dois momentos: a discussão interna com o Gabinete do Prefeito e a votação da decisão na Câmara de Vereadores do Município.

Em função, principalmente do tempo disponível para conclusão da dissertação, dado o caráter altamente dinâmico e mutável; sujeito a inúmeras alterações; do processo decisório, não foi possível acompanhar o percurso da decisão nos outros dois momentos citados. O que inviabilizou uma análise mais completa do processo de formulação em todas as suas instâncias, e ainda uma investigação da interação entre as fases de formulação e implementação das decisões, ou seja, a intenção e a ação.

Para facilitar a compreensão do leitor, neste capítulo serão abordados, em primeiro lugar, a descrição da decisão estudada e os estímulos que levaram à sua formulação. Em segundo lugar, serão apresentados de forma sucinta, alguns aspectos históricos da conformação do sistema ambulatorial de atenção à saúde do Município do Rio de Janeiro até os dias atuais. E, em terceiro lugar, a pesquisa realizada à luz do conteúdo apresentado nos capítulos anteriores.

3.1 A DECISÃO E SEUS ESTÍMULOS:

A análise da decisão orientou-se pela tipologia de dois autores: Simon (1964), e Mintzberg (1976). Ambos estabelecem uma diferenciação entre as decisões do dia-a-dia, geralmente tomadas nos níveis hierárquicos mais baixos, e as decisões agregadas, tomadas nos níveis hierárquicos mais elevados.

Para Simon (1964), as decisões do dia-a-dia são as decisões programadas, de rotina, que possuem normas pré estabelecidas para sua execução, controláveis. E as decisões tomadas nos níveis hierárquicos mais elevados, são as chamadas de decisões não-programadas, que são mais complexas, pouco estruturadas, com mais relevância.

Mintzberg (1976), denomina as decisões não-programadas descritas por Simon (1964), de decisões estratégicas desestruturadas, onde no início do processo decisório tem-se pouco conhecimento da situação de decisão, qual o caminho a ser seguido, e as possíveis soluções. Este tipo de decisão envolve uma evolução de ações bastante descontínua, com idas e vindas, acontecimentos inesperados, levando um período maior de tempo até que se chegue à escolha final.

A decisão estudada, refere-se à reestruturação da SMS-RJ, no que diz respeito à mudança da condição do modelo de gestão de seu sistema de atenção à saúde, desde o nível central, passando pela estrutura dos serviços de assistência hospitalar e básica.

Optou-se, objetivando delimitar o objeto de estudo, enfatizar a decisão de mudança da condição de gestão da rede básica de saúde, por representar uma alteração bastante significativa no que diz respeito à estrutura de suas unidades, tanto do ponto de vista da ampliação da oferta de atendimento, como de uma definição mais clara de atribuições e resolutividade para a população usuária na medida em que se propõe uma estratificação dos níveis de complexidade do sistema ambulatorial.

Consiste em uma modificação da rede básica, que atualmente possui cinco tipos de unidades: Posto de Saúde (PS), Unidade Ambulatorial de Cuidados Primários em Saúde (UACPS), Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário (UMAMP), Centro Municipal de Saúde (CMS) e , mais recentemente o Posto de Assistência Médica (PAM), do antigo INAMPS, em apenas três tipos: **Posto de Saúde (PS)**, **Centro Municipal de Saúde (CMS)** e **Policlínica**.

Tendo como referência a categorização proposta por Mintzberg (1976), o processo decisório de mudança da condição de gestão das unidades básicas de saúde da SMS-RJ, se enquadra no caso das decisões não-programadas ou desestruturadas, pois trata-se de um fenômeno de grande relevância para a política de saúde do Município do Rio de Janeiro, de alta complexidade,

executado no nível hierárquico mais elevado da organização, que envolve uma série de variáveis de características políticas, técnicas e organizacionais.

O Ministério da Saúde, por meio da NOB 96, propõe o aperfeiçoamento da gestão do SUS, através do estímulo a uma maior responsabilização do poder público municipal pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da população, como está explícito no trecho referente à finalidade desta NOB:

“A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.”(Manual do Gestor do SUS, 1997)

Desta forma, a NOB 96 aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefinem os papéis e instrumentos gerenciais de cada esfera de governo, para que municípios e estados possam assumir suas respectivas funções de gestores do SUS, e, principalmente, introduzindo novos mecanismos de financiamento que privilegiam o repasse de recursos fundo a fundo.

A decisão de promover uma reformulação da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, surgiu como resposta aos estímulos propostos pela política do Ministério da Saúde, na tentativa de enquadrar esta Secretaria ao pleito de Gestão Plena da Atenção Municipal.

“... o fator determinante da formação desse nível decisório, é a gente estar estruturado para esse momento que a gente está chegando hoje, para receber a gestão plena.” (ator 9)

Outros fatores foram determinantes para esta tomada de decisão. Em 1995, a SMS-RJ recebe a gestão do SUS no Rio de Janeiro, através da municipalização de 15 Postos de Assistência Médica (PAMs) do antigo INAMPS, e das Maternidades localizadas na área metropolitana do Rio de Janeiro, antes sob responsabilidade do Governo Federal.

Com a municipalização dos PAMs, cuja Lei é sancionada em 28 de abril de 1997 (DO.Rio, 30/04/97), coloca-se a necessidade de readequar a estrutura da assistência básica da SMS, já que estas unidades possuem um grande número de especialidades médicas e tecnológicas, ampliando o perfil de atendimento ambulatorial na cidade.

A simplificação da nomenclatura dos serviços para a população usuária e por complexidade de unidade, que foram sofrendo alterações com a dinamização da demanda por atendimento, fez com que o perfil de unidades primárias como uma UACPS, por exemplo, tenha hoje atendimento cardiológico, ampliando bastante o perfil de atendimento para o qual ela foi criada, como esclarece o depoimento de um dos atores entrevistados:

“... Hoje, não só a questão de padronizar nomes para as pessoas saberem o que que é uma UACPS, se falar em UACPS para a população ela não sabe o que que é isso. E ela era UACPS a 20 anos atrás, em 78, 88 (...) tem UACPS já com atendimento cardiológico e que foram se complexificando, e nós não conseguimos operar as estruturas. Agora existe essa proposta de modelo ambulatorial, onde nós temos estratificado níveis de complexidade nesse ambulatório. Então, isso é importante. (..) a estrutura vai dar garantias para a gente tocar um novo projeto que é a forma que a equipe se organiza para fornecer a saúde. Não é só para dar cargos diferentes para as pessoas. É uma mudança como nós aceitamos isso aí que é uma oferta tradicional na cidade, é o modelo ainda do pediatra, do ginecologista, do clínico, qualquer pessoa que chega lá se oferece para ser paciente, se consegue passar da fila e ser consultado, até gosta. Mas a maioria não consegue. Então nós ainda temos um modelo ambulatorial desestruturado na cidade e queremos que melhore bem.”

(ATOR 2)

É possível identificar, segundo a classificação de Mintzberg (1976), a Fase de Identificação da Decisão, que compreende a Rotina de Reconhecimento da Decisão, quando são levados em consideração, os problemas, as oportunidades e as crises, que demandam uma tomada de decisão. Nas escolhas estratégicas, os fatores que as estimulam nem sempre se apresentam de maneira clara. Geralmente são identificados em meio a uma infinidade de dados verbais e de duplo significado.

No caso da SMS RJ, a Rotina de Reconhecimento da Decisão é do tipo de Oportunidade, pois foi desencadeada por um estímulo que se apresenta de maneira benéfica para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

É importante ressaltar que a decisão citada já foi tomada nos fóruns internos da SMS-RJ, mas passa ainda por um estudo no sentido de torná-la o mais factível possível em termos orçamentários. Portanto, há um longo caminho ainda não percorrido até a implementação desta decisão de fato.

O estudo do processo decisório tem um alto componente subjetivo. De acordo com a revisão da literatura apresentada no capítulo primeiro, a tomada de decisão não é totalmente racional, ela é também composta por fatores que não estão baseados somente em informações e estudos técnicos, mas também em fatos políticos que geram processos de negociação interna e externa entre atores organizacionais com interesses divergentes e ainda, por fatores baseados na intuição e no senso comum.

Tendo como base esses pressupostos, este estudo buscará identificar e discutir os fatores que influenciam a tomada de decisão na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA:

O Município do Rio de Janeiro possui uma vasta rede de serviços públicos de saúde, por ter sido capital do país até o início da década de 60. É neste ano com a inauguração de Brasília e a transferência da capital, que passa a ser o Estado da Guanabara.

O atual Estado do Rio passa a conviver então, com dois estados, e conseqüentemente, duas Secretarias Estaduais de Saúde com um perfil totalmente diferenciado do ponto de vista da política de saúde.

O Estado da Guanabara, muito mais influente no que diz respeito às questões da economia e da política, com a grande maioria da população do Estado residindo em seu território; o que representava um peso muito maior em termos eleitorais; possuía uma Secretaria de Saúde com um perfil hospitalar bastante forte, herança dos tempos da capital, com uma rede hospitalar de trinta e dois hospitais. (Parada, 1997)

O Estado do Rio de Janeiro, ao contrário, com uma maioria de municípios empobrecidos, com um parque industrial sem relevância para a economia do país, contava com uma Secretaria de Saúde constituída de uma pequena rede de hospitais especializados (hanseníase, tuberculose, psiquiatria) e uma enorme rede de unidades básicas com três perfis de unidade: Centros Municipais de Saúde, Postos de Saúde e Sub-postos de Saúde em um total de duzentos e vinte e duas unidades, herança de uma política preventiva de condução dos programas do Ministério da Saúde.

Com a fusão dos Estados (Guanabara e Rio de Janeiro) em 1975, a Guanabara passa a Município do Rio de Janeiro e capital do estado, trazendo consigo a ampla rede de hospitais existentes, porém com uma defasagem muito grande em termos da oferta de serviços básicos de saúde.

Desde então, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) tem passado por um processo gradativo de modernização administrativa e mudança de sua estrutura organizacional.

Iniciada em 1975, a mudança de estrutura tinha como proposta ampliar a cobertura da rede básica assistencial formada por alguns Centros Municipais de Saúde (CMS), através da formulação de uma Política Municipal de Saúde baseada nas disposições da Lei Federal nº 6.229/75, ordenadora do Sistema Nacional de Saúde, que atribuía aos municípios a responsabilidade pela prestação de serviços básicos de saúde.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, patrocinada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, significou a aceitação da atenção primária à saúde como estratégia internacional para atingir a “Saúde para Todos até o Ano 2.000”.

Ainda em 1978 uma Portaria Interministerial (de 26 julho de 1978) dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, estabeleceu as diretrizes para implantação dos serviços básicos de saúde, definindo-os como prioridade sobre qualquer outro serviço de maior complexidade, onde seriam exercidas atividades de saúde pública e médico-assistenciais que pudessem satisfazer à demanda imediata dos cuidados ambulatoriais. (SMS-RJ, 1981)

A VII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em março de 1980, teve como tema “A Extensão das Ações de Saúde Através de Serviços Básicos” e representou um marco no desenvolvimento da atenção primária à saúde no país, propondo a organização de uma Rede de Serviços Básicos de Saúde.

Em consequência da VII Conferência, o Ministério da Saúde elabora uma proposta para coordenar o sistema de prestação de serviços no setor, na tentativa de adequá-lo às demandas prioritárias da população e aos recursos disponíveis para sua execução. Desta forma, é elaborado o Anteprojeto do

Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Prev-Saúde, com os seguintes objetivos específicos:

- “- *Estender a cobertura por serviços de saúde a toda população*
- *Reordenar a atuação do setor saúde, promovendo efetiva articulação das diversas instituições federais, estaduais e municipais.*
- *Racionalizar a oferta de serviços do setor público, com vistas à eliminação da ociosidade e ao aumento da produtividade dos recursos disponíveis.* “

(SMS-RJ, 1981: 16)

As diretrizes básicas do Prev-Saúde incluíam a regionalização, universalização do atendimento, tecnologia e procedimentos simplificados, profissionais generalistas, reorganização administrativa, máxima produtividade, integralização das ações de saúde, participação comunitária e a rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

A prioridade quanto à prestação dos serviços básicos de saúde eram as periferias das médias e grandes cidades, onde são mais urgentes os problemas nos campos médico e social.

No caso da SMS-RJ, o que interessava era realmente estabelecer uma porta de entrada para o sistema que compreendesse desde a atenção elementar até a atenção primária diferenciada, com ações como: melhoria nutricional, atenção materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas de expressão local, educação em saúde e controle e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns. (SMS-RJ, 1981)

A década de 80 é então, marcada pela estruturação da assistência médica na rede básica. As mudanças epidemiológicas no perfil da população, colocaram a necessidade de ampliação de investimentos no atendimento médico prestado por estas unidades.

Nesta época houve um grande investimento na construção de unidades básicas de saúde, em torno de trinta e cinco unidades, principalmente na Zona

Oeste, cuja proposta era de se chegar a pelo menos um CMS por cada Região Administrativa (RA).

Com a reurbanização da Cidade e o conseqüente deslocamento populacional provocado pela remoção da população de favelas para os recém construídos conjuntos habitacionais, novos perfis de unidades ambulatoriais foram se constituindo para dar conta do atendimento da demanda por saúde.

O modelo de intervenção da SMS-RJ consistiu na implantação de UCPS – Unidades de Cuidados Primários de Saúde próximos aos diversos locais de moradia da população de baixa renda. Os cuidados primários de saúde desenvolveram-se através das seguintes ações: Ação Comunitária (Educação à Saúde), Assistência Médica (Clínica Geral Pediatria e Gineco – Obstetria), Vigilância Epidemiológica, Imunização e Apoio de Laboratório.

As UCPS eram divididas em três modelos de unidades que deveriam estar adequadas às demandas da comunidade, variando sua complexidade e espaço físico de acordo com a população a ser atendida, compreendendo: Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário (UMAMP), Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde (UACPS) com 4 consultórios (U4) e Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde (UACPS) com 3 consultórios (U3).

Alguns critérios foram utilizados para implantação destas unidades, conforme está descrito no documento “Unidades de Cuidados Primários de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Projeto de Implantação”, baseado no Plano Municipal de Saúde do Município, de 1979, elaborado pela SMS-RJ:

- “- Incidência de população de baixo nível sócio-econômico, assim caracterizada, pela renda média mensal e outros indicadores disponíveis.*
- Riscos potenciais de saúde, gerados por deficiências de infra-estrutura de abastecimento de água e saneamento básico.*
- Condições de saúde da população, expressas por indicadores de morbidade e mortalidade.*

- *Carência de equipamento de assistência médico-sanitária, particularmente de nível ambulatorial.*” (SMS-RJ, 1981: 22)

No tocante à distribuição espacial da população do município, concluiu-se que as áreas de mais baixa renda estavam concentradas nas favelas, conjuntos habitacionais e loteamentos da periferia.

Na primeira gestão da recém criada Secretaria Municipal de Saúde foram construídas Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (UMAMP), em conjuntos habitacionais da CEHAB-RJ. Essas unidades foram programadas para atender a uma população de 60.000 pessoas com: 6 consultórios médicos, 1 odontológico, 1 sala de enfermagem, 1 de preparo, 2 de curativos, 2 de repouso (crianças e adultos), 1 de esterilização, 1 de serviço social, 1 de visitantes sanitários, 1 de reuniões, 1 da administração, 1 da direção, 1 de registro e arquivo, laboratório, farmácia, almoxarifado e rouparia.

Na gestão seguinte, dando continuidade à ampliação da rede básica, foram construídos mais dois perfis de unidades: UACPS e Postos de Saúde.

As Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde (UACPS-U4), foram programadas para atender a uma população de 40.000 pessoas e possuíam: 4 consultórios médicos, 1 odontológico, salas de imunizações, curativos, preparo, reuniões, esterilização, administração e chefia, arquivo e registro, laboratório, farmácia e almoxarifado.

As UACPS-U3, programadas para atender uma população de 20.000 pessoas, possuíam: 3 consultórios médicos, ou 2 consultórios médicos e um odontológico, salas de imunizações, curativos, almoxarifado e distribuição de medicamentos, e de arquivo e registro.

Os Postos de Saúde foram criados com um perfil bastante semelhante aos Centros Municipais de Saúde (CMS), porém em menor porte, voltados para a comunidade onde ficariam localizados, com as funções de implantar, coordenar e executar as atividades de saúde pública, bem como a integração

da unidade com a comunidade; manter integração com o CMS de sua área no sentido de contribuir para avaliação do perfil de morbi-mortalidade da região através da notificação da ocorrência de doenças de notificação compulsória; executar as atividades de Atendimento Integral à Criança, Adolescente, Adulto, Saúde da Mulher e do Trabalhador, de enfermagem e demais áreas técnicas existentes em cada unidade.

O sistema municipal de saúde era composto então pelas UMAMP, UACPS, Postos de Saúde, Centros Municipais de Saúde e os Hospitais.

A década de 90 traz o início da atual gestão da SMS, que, desde 1992 tem dado continuidade ao processo de mudança de estrutura da Secretaria de Saúde, destacando a introdução do atendimento de doenças crônico-degenerativas nas unidades básicas, além do gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município do Rio de Janeiro.

Em 1992, houve a primeira reforma administrativa da atual gestão, que criou uma Superintendência de Saúde Coletiva separada da área de administração e operacionalização dos serviços de saúde.

Foram criadas quatro áreas diferenciadas: uma Coordenação de Infra-estrutura, responsável por todo processo de licitação, compras, administração e armazenamento de material, contratos de terceirização e manutenção predial; a Superintendência de Saúde Coletiva, trabalhando com o enfoque da programação, da organização dos serviços sob um olhar epidemiológico e da normatização da assistência; a Superintendência de Serviços de Saúde responsável pelo funcionamento da rede de serviços como um todo, subdividida em 10 Áreas Programáticas (Distritos Sanitários) no Rio de Janeiro. E uma área técnica, bastante forte, ligada ao Gabinete do Secretário denominada Subchefia Especial de Assuntos Técnicos, responsável por todas as atividades de desenvolvimento institucional, por prestar assistência aos demais órgãos da SMS na área de planejamento, pela realização de planos e programas com vistas à elaboração da proposta orçamentária coordenando e controlando sua execução.

Neste período, houve um movimento de resgate das unidades básicas de saúde como um locus da ação educativa, aliado a uma maior resolutividade do ponto de vista médico da assistência.

Atualmente, o Município do Rio de Janeiro apresenta a seguinte rede de serviços ambulatoriais:

Quadro 5 – Demonstrativo dos serviços ambulatoriais por área programática e por tipo de unidade – Janeiro de 1999.

Área Programática	PAM	CMS	PS	UMAMP	UACPS	TOTAL
AP 1	2	5	1			8
AP 2.1	1	3			2	6
AP 2.2	1	2			2	5
AP 3.1	3	3	1	1		8
AP 3.2	2	2	3			5
AP 3.3	3	2	3	1	1	10
AP 4	1	1			1	3
AP 5.1	1	1	4	1	1	8
AP 5.2	1	1	6		7	12
AP 5.3		1	11	2		14
TOTAL	15	21	29	5	14	79

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro.

Do número total de unidades básicas do Município, aproximadamente 43% estão situadas em uma parte da Zona Oeste (Bangu, Campo Grande e Santa Cruz) que compreende as Áreas Programáticas (APs) 5.1, 5.2 e 5.3. A AP 3.3, que compreende uma parte da Zona Suburbana do Município, mais os bairros localizados ao norte da Avenida Brasil e limítrofes com os municípios da região metropolitana, possui 13% das unidades. As Áreas Programáticas 1, Centro e 3.1 região da Leopoldina, possuem cada uma 10% das unidades. A região da Zona Sul, AP 2.1, possui 8% das unidades. As APs 2.2 e 3.2, ambas com 6% do total de unidades, compreendem respectivamente a região da Tijuca e adjacências e Méier e adjacências. E por último a AP 4, Jacarépaga e Barra da Tijuca, com 4% das unidades.

A decisão de mudança da condição de gestão da rede básica de saúde, propõe uma readequação dos serviços, utilizando alguns critérios como a ampliação ou manutenção de sua capacidade tecnológica, física, de atendimento, bem como a localização e o acesso.

Desta forma, de acordo com a nova configuração proposta, os PAMs podem vir a ser Policlínicas, Postos de Saúde ou Centros Municipais de Saúde. Os CMS, em sua maioria, manter-se-ão como tal ou, em alguns casos, podem vir a ser Policlínicas. Os Postos de Saúde deverão manter-se da mesma forma. As UMAMPs serão transformadas em Policlínicas e as UACPSs poderão vir a ser CMSs ou PSs.

Não se trata aqui, como havia-se pensado anteriormente em função do primeiro depoimento coletado no trabalho de campo, de uma mudança do modelo assistencial das unidades básicas de saúde. Segundo informações posteriormente coletadas nas entrevistas, não haverá nenhuma mudança do ponto de vista do modo de produção das ações de saúde e/ou da maneira que o Município se organiza para produzi-las e distribuí-las.

“A questão da mudança do modelo assistencial, nós temos que dar uma nova estruturação, uma nova composição a essas unidades, até um novo rótulo, mas não que no âmago elas signifiquem uma mudança no tipo de assistência, do modelo de assistência que elas prestam. Essa mudança está ocorrendo muito mais na mudança de gestão de recursos humanos. Estamos apresentando uma série de alternativas a essa gestão, por exemplo, a implantação de cooperativas de profissionais de saúde lá da Zona Oeste. Isso não muda o modelo assistencial, mas muda , que a unidade que fazia 3.000 consultas/ano, agora está fazendo 15.000, 12.000...” (ator 1)

O que se espera é um aumento da produtividade dessas unidades, com ampliação da oferta de serviços, já que a mudança refere-se principalmente aos Recursos Humanos, com a participação de cooperativas, ONGs e Associações Comunitárias na gestão destes recursos em algumas unidades. Nestes casos, a contratação do profissional de saúde fica sob a

responsabilidade de uma instituição (Cooperativa, ONG ou Associação Comunitária) que vai administrar a gestão destes recursos através de um convênio firmado com a SMS-RJ. O aumento de produtividade nos serviços, está relacionado ao fato dos profissionais serem contratados com salários bem maiores que os do município e trabalharem com dedicação exclusiva.

Além disso, fica clara a intenção de readequar a rede de serviços básicos às prerrogativas do SUS, no sentido de habilitar o município ao repasse de recursos previstos pelo Piso de Atenção Básica (PAB).

O PAB é um montante de recursos transferidos pelo governo federal aos municípios que fortalecerem a atenção básica à saúde, no sentido de ajustar a oferta de ações e serviços da rede básica ao SUS. O PAB é composto de duas partes: uma fixa que é definida de acordo com o número de habitantes do município e uma variável que depende da implantação de alguns programas específicos direcionados à atenção básica. São eles: PACS (Programa de Agentes Comunitários), o PSF (Programa de Saúde da Família), Assistência Farmacêutica Básica, Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

A implantação destes programas está diretamente relacionada à adequação da rede básica proposta pela SMS-RJ.

3.3 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA DECISÃO:

Convencidos da importância de mudar a condição de gestão da atenção básica, a Secretaria iniciou um estudo para chegar somente à três tipos de unidades da rede ambulatorial: Policlínica, Centro Municipal de Saúde e Posto de Saúde.

Este estudo foi realizado pela Assessoria de Desenvolvimento Institucional (ADI), órgão subordinado diretamente à Subchefia Especial de Assuntos Técnicos, a partir de uma solicitação de um dos órgãos de planejamento da Secretaria na tentativa de adequar esta estrutura em função do processo de municipalização.

De acordo com a categorização proposta por Mintzberg (1976), o trabalho desenvolvido por este órgão, pode ser enquadrado em duas fases da Estrutura Básica da Tomada de Decisão: na Fase de Identificação da Decisão, na Rotina do Diagnóstico, que tem como objetivo compreender o estímulo inicial, e a partir de então, buscar a definição da relação causa-efeito para a situação de decisão. É nesta fase que se procuram obter canais de informação para esclarecer e/ou definir as questões envolvidas. Esta etapa, na realidade, vai estar presente durante todo o processo de tomada de decisão da SMS RJ.

E ainda, na fase de Desenvolvimento da Decisão, na Rotina de Formulação, que é utilizada para desenvolver soluções especiais ou modificar aquelas que já estão prontas. Neste caso, a ADI encarregou-se de propor uma solução para uma demanda interna da SMS RJ estimulada, sobretudo, por fatores externos já citados anteriormente.

A ADI ficou responsável por obter informações que pudessem embasar o estudo, traçar o novo modelo de estrutura organizacional e apresentar o desenho institucional proposto, mas sem opinar nas decisões. Isto fica claro na fala de um dos entrevistados:

“O que a assessoria está fazendo é ser um catalizador nesse processo do que propriamente estar tomando decisões. É um momento da gente estar

coordenando, de estar agregando as pessoas e trazendo coisas. Não é propriamente dito um processo de decisão.” (ator 5)

Através de uma metodologia de trabalho que privilegia a estrutura de órgãos por atividades-fins, atividades-meios, as unidades foram tipificadas a partir de uma estrutura padrão, que seria a de maior complexidade.

No caso das unidades ambulatoriais, a estrutura padrão é a de Policlínica, baseada na antiga estrutura dos PAMs. As demais unidades, Centros e Postos de Saúde vão acompanhar a mesma base estrutural, com pequenas variações dependendo da complexidade de cada serviço. Cada unidade assistencial vai sofrer adequações específicas de acordo com a estrutura física, localização, recursos materiais e humanos, ou ainda, podem ser extintas, de forma que, ao final, a rede ambulatorial esteja padronizada dentro dos três tipos propostos.

Concluído o estudo, inicia-se o processo interno de negociação. Este processo se dá de forma contínua com idas e vindas, podendo voltar para a Assessoria de Desenvolvimento Institucional para novas modificações:

“Na verdade não é uma reunião, é um processo. Eu não sei quanto tempo essa estrutura vai levar sendo gestada, porque vai e volta, reapresenta, o que implica isso, o que implica aquilo outro...” (ator 5)

Aparentemente esta discussão se dá nos fóruns decisórios da Secretaria. Desta forma a proposta é submetida a uma série de apreciações nestas reuniões, onde participam diversos atores do nível estratégico da SMS RJ.

Para uma melhor compreensão do funcionamento desses fóruns no tocante à participação dos atores, é importante que se faça uma breve descrição da atual estrutura organizacional da SMS-RJ.

A estrutura organizacional atual da Administração Direta da Secretaria Municipal de Saúde é composta, segundo seu organograma geral do Nível Central (em anexo), pelo Conselho Municipal de Saúde, ligado a uma Coordenadoria Técnica, pelo Conselho de Gestão do Fundo Municipal de Saúde, pelo Gabinete do Secretário, pela Subchefia Especial de Assuntos Técnicos, Assessoria de Comunicação Social, Coordenação de Indicadores Gerenciais, Assessoria Jurídica, Superintendência de Saúde Coletiva, Superintendência de Serviços de Saúde, Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária, Coordenadoria de Infra-Estrutura, Cooredenadoria de Recursos Humanos e uma Inspeção Setorial de Finanças.

No caso das Superintendências, há uma subdivisão, em função da criação, em 1992, dos Distritos Sanitários do Município. A Superintendência de Serviços de Saúde, subdivide-se em dez Área Programáticas, responsáveis pela operacionalização de toda a rede de unidades de saúde, com coordenações desconcentradas do nível central. (em anexo)

A Superintendência de Saúde Coletiva subdivide-se em sete Coordenações de Programas: Doenças Transmissíveis, Programas Especiais, Epidemiologia, Saúde Bucal, Doenças Crônicas, Atendimento Integral à Saúde e Atendimento Específico, responsáveis pelo funcionamento de todos os Programas de Saúde na rede de serviços. (em anexo)

A Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária, subdivide-se em seis órgãos distintos: Coordenação de Vigilância e Fiscalização Sanitária, Divisão de Apoio Operacional, Divisão de Engenharia Sanitária, Divisão de Apoio Técnico em Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária, Instituto Municipal de Medicina Veterinária “Jorge Vaitsman” e o Centro de Controle de Zoonoses “Paulo Darcoso Filho”. (em anexo)

De acordo com os depoimentos coletados, a SMS possui alguns fóruns decisórios que funcionam no nível da administração direta e que estão

classificados de acordo com o número de participantes e importância hierárquica no escalonamento da SMS RJ:

“O Secretário de Saúde tem, por hábito, mensalmente fazer reuniões e aqui nós chamamos de SMS 12, que é uma reunião do Secretário com toda assessoria direta dele: os Superintendentes, os Coordenadores, o Coordenador de Infra Estrutura, Sub-chefia Técnica, Assessoria de Gabinete dele, onde são discutidos todos os assuntos. E também uma outra reunião que nós chamamos de SMS 30, que é a SMS 12 acrescida dos Coordenadores de Áreas, dos Diretores dos principais hospitais, onde são trazidos os problemas, as necessidades e as soluções para muitas dessas situações que nós enfrentamos no dia-a-dia.” (ator 7)

“Existem alguns fóruns dentro da própria Secretaria. O Secretário tem uma reunião semanal com algumas instâncias. Então tem uma que a gente chama de SMS 12, que são esses que você já entrevistou e são levadas propostas pelas diversas Superintendências. Esse SMS 12 é mais restrito. Tem um SMS 30, que além desse 12 incorpora também a questão dos Distritos Sanitários, das Coordenações.” (ator 6)

“O Secretário tem uma forma de trabalho que ele não gosta de decidir nada sozinho, então todas as decisões são tomadas em conjunto em reuniões com os principais chefes que a gente tem aqui dentro, as Superintendências de serviços de saúde, de Saúde Coletiva, a SDE, a assessoria jurídica. Quando se chega a uma decisão dessa já houve um consenso de várias partes.” (ator 8)

Os fóruns aos quais os depoimentos citados se referem, são reuniões periódicas, sob a forma de colegiados e recebem a denominação SMS, seguida de um número, que indica o número de participantes naquela instância de decisão.

Desta forma podem ser identificados os seguintes:

SMS 12: Se realiza semanalmente. Participam os Superintendentes de Serviços de Saúde e de Saúde Coletiva, o Coordenador de Recursos

Humanos, a Fiscalização, a Subchefia Especial de Assuntos Técnicos, o Coordenador de Informações Gerenciais, o Assessor Jurídico, o presidente do Conselho Municipal de Saúde, o Assessor Especial do Secretário, o Subsecretário, os Assessores de Gabinete e o Secretário Municipal de Saúde.

SMS 15: Composta pelos participantes da SMS 12, mais um Coordenador de Área Programática . Não tem sido utilizado atualmente.

SMS 30: Se realiza mensalmente, participando todos os já citados na SMS 12, mais os dez Coordenadores das Áreas Programáticas, os Coordenadores de Programas da Superintendência de Saúde Coletiva, o diretor do Instituto de Nutrição Annes Dias, e recentemente foram incorporados os diretores dos quatro maiores hospitais do Município, denominados hospitais Porte 1, que são: Salgado Filho, Lourenço Jorge, Miguel Couto e Souza Aguiar.

SMS 45: Somatório dos participantes das SMS 15 e 30. Não tem sido muito utilizada.

De acordo com um dos entrevistados, foi utilizada por um período de tempo um fórum que não possuía caráter decisório, funcionava como uma instância de gerenciamento, que eram os participantes da SMS 30, mais cada uma das Áreas Programáticas com seus serviços de saúde:

“O 45 a gente não usa muito. O que a gente começou a usar durante um determinado período foi uma outra instância, que não chegava a ser de decisão, mas de gerenciamento em que a gente fazia reuniões do SMS 30 mais cada uma das Áreas Programáticas. Então, foi interessante, porque foi um momento em que a gente saiu da SMS 12, foi para o 30 e do 30 ampliou por Coordenação, para que nós pudéssemos fechar um pouco esse momento. Então, vez por outra, a gente faz reuniões onde a gente coloca toda a Secretaria.” (ator 9)

Estes fóruns de decisão compõem uma espécie de fluxo decisório da Secretaria Municipal de Saúde, por onde deveriam passar todas as decisões

internas da SMS RJ para sua aprovação e reconhecimento por parte dos atores envolvidos. Sua operacionalização se dá através de uma convocação do gabinete do Secretário aos órgãos participantes de cada fórum.

É possível identificar um duplo papel desses colegiados no que Mintzberg (1976) denomina de Fase de Seleção da Decisão. Ambos estão referenciados em duas formas da Rotina de Avaliação-Escolha.

Em primeiro lugar, a Negociação. A escolha é feita por um grupo de tomadores de decisão com objetivos diferenciados e algumas vezes conflitantes, baseados principalmente em suas escolhas pessoais.

“O Secretário tem uma postura de decidir sempre por colegiado. Não é decisão de cunho pessoal e personalista. Ele só assume efetivamente a responsabilidade depois de muitas discussões, aberta a todos os participantes, todos os atores que estão nesse processo, das instâncias aqui do Nível Central, e também das áreas de execução. A direção, a chefia do serviço das unidades também são ouvidas, apresentam suas justificativas, suas argumentações e depois de intensas discussões, às vezes até acaloradas, claro, porque são pontos de vista bastante diferentes, e ele tem uma tendência muito harmonizadora de tentar resolver os conflitos da maneira do consenso. Não consegue sempre, mas na maioria das vezes. Daí então, surge uma decisão final que é explicitada dentro das normas que a administração determina.” (ator 4)

Por outro lado, de acordo com a fala do mesmo entrevistado, geralmente as discussões para tomada de decisões nesses fóruns são baseadas em informações de caráter técnico:

“Toda e qualquer decisão é sempre baseada em informações. Hoje a Secretaria dispõe de um manancial extraordinário que permite que qualquer assunto que seja trazido, imediatamente se tem dados sobre aquilo e se pode interpretar qual a melhor solução para o problema. Sempre a decisão é tomada baseada em informações.” (ator 4)

A Análise é uma outra forma da Rotina de Avaliação-Escolha (Mintzberg, 1976) presente na formulação das decisões da SMS RJ, cuja avaliação para a tomada de decisão geralmente é feita por tecnocratas, seguida de uma escolha feita pela gerência a partir de uma negociação.

“Isso não é uma decisão política é uma decisão técnica. A mudança da rede básica passa por uma coisa que nós conhecemos como indicador epidemiológico.(...) Na verdade há uma constatação em cima de indicadores epidemiológicos. Você faz uma justificativa em cima disso, para encaminhar aí sim, para uma apreciação política de avaliação da possibilidade de aprovar ou não, mas com uma justificativa técnica do porque nós estamos encaminhando.”
(ator 3)

Vale ressaltar que este processo até o final de janeiro de 1999, quase um ano após ter iniciado, ainda não havia sido concluído. O documento encontrava-se naquele momento, no gabinete do Secretário para que fosse avaliado por sua Assessoria e posteriormente submetido mais uma vez, à apreciação nos fóruns internos da SMS RJ.

Uma consequência desta decisão, é a criação de novos cargos de função gratificada (DAS e DAI) para as unidades assistenciais, o que implica em aumento de custos do sistema.

Desta forma, após concluído o estudo e aprovado internamente na SMS RJ, este será apresentado a uma negociação com o poder Executivo, que também pode influenciar em termos de reajustes de algumas questões normativas.

Assim, em um primeiro momento, dá-se a negociação com os organismos do Prefeito, onde é avaliada a viabilidade da decisão para a Prefeitura como um todo, discutindo-se desde a questão orçamentária até criação de cargos, que devem ser compatíveis com a estrutura organizacional da Prefeitura.

“Existe, vinculada ao Gabinete do Prefeito, uma Sub-secretaria que se chama Sub-secretaria de Desenvolvimento Institucional. Seria o órgão central, técnico e normativo, ao qual se vinculam nossas Assessorias de Desenvolvimento Institucional das Secretarias. Então, isso vai também para a Secretaria de Desenvolvimento Institucional do Gabinete do Prefeito, para que haja uma certa uniformidade nas estruturas organizacionais das Secretarias Municipais. Que não aconteça que a Secretaria de Desenvolvimento Institucional na Saúde, tenha um posicionamento hierárquico e na Educação tenha outro.”

(ator 1)

Após sua aprovação, em um segundo momento, é feito o encaminhamento para a Câmara de Vereadores, através do Gabinete do Prefeito para a aprovação da decisão que só então poderá ser implementada.

É possível identificar nestes dois momentos distintos, uma outra rotina presente na Fase de Seleção descrita por Mintzberg (1976) denominada de Rotina de Autorização, quando o grupo que faz a escolha não tem autoridade política suficiente para empenhar a organização na execução de ações que vão garantir sua implementação. É preciso que a decisão seja aprovada por um outro grupo fora da organização em si, mas com autoridade suficiente para vetá-la ou legitimá-la. O órgão de Desenvolvimento Institucional do Gabinete do Prefeito e a Câmara de Vereadores cumprem este papel.

O caráter da negociação com os organismos do Prefeito não fica muito claro. O que à primeira vista pode parecer um processo de negociação política, na fala de um dos informantes fica caracterizado como um processo meramente burocrático

“...é uma questão de aprovação porque você tem todo um trâmite político do gabinete do Prefeito, ou melhor, burocrático, não político, passa pela Subchefia de Desenvolvimento Institucional”. (ator 5)

Como afirma o depoimento de um entrevistado, o processo decisório na SMS passa por três instâncias: primeiro uma instância interna da Secretaria,

que segue paralela ao segundo momento que é a negociação junto aos órgãos do poder Executivo, e, finalmente a votação na Câmara de Vereadores.

“...enquanto vai discutindo internamente, já vai negociando com os organismos do Prefeito (...). Então as etapas são essas, nós temos uma negociação interna com o pessoal do Prefeito para mandar para a Câmara, e temos uma negociação interna nossa para ‘bater o martelo’...” (ator 2)

Este aspecto referente à Rotina de Autorização da Fase de Seleção da Decisão de Mintzberg (1976), pode ser observado também no tocante à negociação da SMS RJ quanto ao Plano Municipal de Saúde e ao pleito de gestão plena da atenção básica, como fica explicitado no depoimento de um dos entrevistados:

“... assim que o Plano Municipal é apresentado, primeiro é submetido ao Conselho municipal de Saúde. Tem que ter obrigatoriamente a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, para poder então ser submetido à Comissão Intergestores Bipartite. Uma vez aprovado na Bipartite, ele é apresentado em Brasília na Comissão Tripartite. É em razão disso que os Municípios recebem aquilo que se chama habilitação (...) são dois os estágios de gestão que essa habilitação prevê: Gestão Plena da Atenção Básica (...) e Gestão Plena do Sistema Municipal.” (ator 4)

De uma forma geral, processos de negociação como esse, possuem um caráter eminentemente político, onde o gestor se localiza em meio a uma disputa de poderes, que inclui a afirmação e conquista de um espaço de poder político para si mesmo e para sua organização.

“É uma questão absolutamente técnica, que fica em um período de latência que é um período político. Não é de hoje que esta Secretaria tinha condições de assumir a gestão plena. Um processo desse, não poderia nunca ser levado dessa forma. É uma questão muito mais técnica.” (ator 11)

O depoimento de um dos entrevistados deixa claro a necessidade de convocação da intervenção de um grupo de decisão externo, para dar conta de uma situação de conflito com o Estado:

“O município está pleiteando a gestão plena do sistema municipal. É um conflito com o Estado que ainda não está resolvido. O Estado é contra. Não tem argumentos técnicos, são argumentos mais políticos, mas ele é contra. Então a gente entrou com um recurso na Tripartite, e isso vai ser discutido agora, dia 16 de julho...” (ator 2)

Mintzberg (1976), propõe ainda três outros grupos de rotinas que apoiam as fases centrais do processo decisório: Controle da Decisão, Comunicação e Política.

A Rotina de Controle da Decisão, é responsável por orientar o próprio processo de decisão em si. A Rotina de Comunicação, prevê a entrada e saída de informações de relevância para manutenção do processo decisório e subdivide-se em três outras rotinas: Rotina de Exploração, que é a procura de informações; Rotina de Investigação, que é uma pesquisa mais concentrada e específica de informações baseadas em canais de comunicação informais e verbais; e a Rotina de Disseminação, que estabelece uma relação entre o número de pessoas envolvidas na decisão e o tempo gasto para comunicar e disseminar os progressos obtidos.

A Rotina Política, possibilita aos tomadores de decisão encontrarem uma solução em um ambiente de forças influenciadoras e, muitas vezes, até hostis.

Estas podem ser identificadas permeando todo o processo decisório da SMS RJ. A rotina de Controle da Decisão é a forma como a Secretaria se organiza para decidir, que compreende todo o trabalho da Assessoria de Desenvolvimento Institucional da Secretaria de Saúde, abrangendo a busca de informações e o desenho do estudo – Rotina de Comunicação/Exploração, a discussão do estudo nos fóruns decisórios e a apreciação dos órgãos

normativos da Prefeitura e finalmente a aprovação na Câmara de Vereadores – Rotinas de Comunicação/Investigação e Comunicação/Disseminação.

A Rotina Política é um elemento chave na decisão estratégica. É nesta rotina que são identificados o grau de influência dos indivíduos que buscam, através de suas atividades políticas, satisfazer suas necessidades pessoais e institucionais através das decisões que são tomadas na organização. A influência pode ser utilizada também para amenizar possíveis conflitos internos e possibilitar o engajamento das diversas forças existentes na implantação das decisões.

Quando se analisa a participação dos atores envolvidos no processo decisório da SMS RJ e o grau de influência que exercem na decisão, podem ser notados fortes evidências da Rotina Política da decisão proposta por Mintzberg (1976), enquanto intermediária dos demais grupos de rotinas propostas por esta teoria.

Fica claro a existência de um pequeno grupo de atores que influencia e controla as decisões antes destas chegarem aos fóruns decisórios formais da SMS RJ:

“A Secretaria Municipal de Saúde tem algumas cabeças que são responsáveis, mas praticamente todos os atores participam. Essas pessoas passarão, a tempo e a hora, a participar da elaboração de propostas para a implantação dessa nova metodologia estrutural da Secretaria.” (ator 3)

“Então, as decisões da Secretaria, o Secretário trabalha mais perto do Dr. 'A', Dr. 'B' e Dr. 'C'. Estes são os quatro que definem. A partir disso, traz para a primeira instância de colegiado, que é esse em que todas as decisões passam por ele, SMS 12” (ator 9)

“... às vezes, você tem um fluxo muito bem montado no papel de um processo decisório, mas as decisões, tanto as maiores quanto as menores, são tão diversas, que muitas vezes você não consegue seguir um fluxo desse. Você

tem uma linha mestra, agora, há uma série de desdobramentos dentro dessa linha mestra, que às vezes são decisões que você não pode sair consultando todo mundo.” (ator 10)

“...nós temos diversos níveis de decisões. Tem a panelinha... sabe porque, a humanidade, infelizmente é mais ego do que eu, é mais diverso do que único. Em determinado processo decisório, no seu núcleo preservador do processo, no seu núcleo criativo do processo, você não pode ter mais do que três, quatro.” (ator 10)

Os depoimentos tendem a revelar que a SMS RJ, apesar de possuir alguns canais institucionalizados para a tomada de decisões, de fato as escolhas ficam restritas a um pequeno grupo de atores integrantes do mais alto escalão da Secretaria. Quando se inicia a discussão para a tomada de decisão nos fóruns formais da Secretaria, esta já foi definida anteriormente.

A fala de um dos entrevistados, participante deste grupo, atribui a iniciativa política desta decisão a um ator específico:

“... em 97 e 98, houve a discussão dessa nova codificação, dessa nova denominação e infra-estrutura para as unidades. Foi uma discussão encaminhada pelo Dr ‘C’ (...), como discussão de dirigente, e não da estrutura como um todo. “ (ator 2)

É interessante observar que a posição hierárquica dos atores não é um determinante de influência nas decisões da SMS RJ. Dois atores entrevistados, apesar de pertencerem ao primeiro escalão da SMS RJ em termos da hierarquia, demonstram desconhecer a questão:

“Sobre isso daí, quem poderia falar melhor para você é a pessoa do órgão que faz este estudo. Não sei se chega ao nível da Câmara de Vereadores... Eu não sei...” (ator 8)

“Eu não posso te dar nenhuma informação sobre esse processo. O meu órgão não tem nada haver com isso. Eu só tomei conhecimento disso em uma das reuniões da SMS 30.” (ator 7)

No tocante à participação de outros atores, externos à SMS RJ, que poderiam ter algum tipo de influência no processo decisório, foram citados algumas instituições tais como: universidades, Escolas e Fundações, em um papel de contribuição para fundamentação de alguns pontos das discussões do processo de decisão, apenas auxiliando com subsídios, sem interferir diretamente. Por outro lado foram citados Sociedades de Especialidades, Sindicatos, Conselho Regionais, como tentativas potenciais de intervenção que foram suprimidas:

“... nós achamos o seguinte, isso é um assunto interno nosso. Ninguém tem nada haver com isso, o CREMERJ, os sindicatos, a FGV... a gente faz internamente a discussão e depois com a Câmara de Vereadores.” (ator 2)

A maneira como veio à tona a proposta de mudar a condição de gestão das unidades básicas de saúde, estimulada por uma oportunidade de se alcançar os pleitos de gestão da NOB 96, leva à constatação de que esta idéia surgiu inicialmente por iniciativa de um dos atores da SMS RJ. Posteriormente foi adotada pelo grupo de atores que compõe o núcleo da decisão, para somente depois, ser submetida a uma cuidadosa análise de alternativas realizada nos fóruns decisórios de forma a assegurar que a opção feita se adequasse à finalidade concebida à realidade possível.

Desta forma, os fóruns decisórios cumprem também um papel enquanto um espaço de discussão, e principalmente, legitimação da proposta. Servindo ainda como um importante canal de informação e comunicação interno da SMS RJ. É uma etapa do processo decisório em que a alternativa de um grupo precisa ser legitimada para que se torne alternativa da organização.

“... aqueles que participam desse processo, e o decisório vai do Secretário até o servente na porta do hospital, começam a se sentir atores desse processo.

(...) eles, sem perceber, e muitos percebendo, se tornam responsáveis pelos resultados positivos e negativos.

O sucesso de todo um projeto dentro de um processo desse, ele fica muito mais maduro e mais seguro, porque você abre a uma participação. Quando isso é bem feito, até os indiferentes, em um determinado momento começam a querer participar. Porque para o indiferente, enquanto não mexe com ele, enquanto seu ego está sendo satisfeito, está tudo bem, deixa o barco correr. Mas quando você vai envolvendo todo mundo, até o indiferente começa a ser incomodado. Aquilo que ele estava tirando proveito porque estava correndo do jeito que ele queria, ele começa a ter que participar porque, (...), ou ele participa, ou ele é alijado.” (ator 10)

Durante este processo, a possibilidade de surgirem resistências à proposta não pôde ser, de fato, detectada nas entrevistas, apenas uma sugestão de que poderiam haver possíveis conflitos como alguns que já haviam acontecido anteriormente:

“Eu não participo de nada paralelo, mas pode até ter um outro grupo aí se reunindo para ver se eu perdi poder. Isso tem, em todo lugar tem. Na outra mudança de estrutura, em 92, teve. Teve um conflito interno, inclusive grande, e quando saiu a estrutura uma pessoa da equipe pediu demissão. Até agora eu não estou vendo nenhum grupelho se organizar, mas, da outra vez foi meio traumático. Tanto do conflito, da discussão, como pessoalmente.” (ator 2)

Porém, foi possível identificar nas falas de alguns entrevistados, como o nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Rio de Janeiro, lida com os possíveis conflitos institucionais:

“Os que trabalham comigo sabem que podem estar totalmente contra a minha pessoa, a uma série de questões aqui dentro, que ele não vai sair daqui. Agora, depois de decidido, se ele é minoria e começa a querer furar o sistema, ele está fora na mesma hora. É uma questão que você tem que saber administrar.” (ator 10)

“Eu espero isso, o conflito vai ter . Até as picuinhas entre categorias existem. (...) Eu espero que o aporte é que as pessoas pensem no nível de intervenção que a gente quer fazer na cidade. Se pensar no seu grupelho, no seu programa, vai dar briga. E a última briga, quem pensou assim, perdeu.” (ator 2)

Desta forma, pôde ser identificado que o controle das resistências e conflitos no bojo do processo decisório, se dá de duas formas diferenciadas: através do estímulo à participação, com responsabilização dos atores envolvidos, e da forma coercitiva, onde os discordantes que persistirem contra o que for estabelecido serão afastados do processo deixando seu cargo em disponibilidade.

O papel desempenhado pelo que Mintzberg (1995) chama de “Administrador Profissional” (Mintzberg, 1995: 198), é fundamental para negociar e persuadir os demais membros da organização a aceitar determinadas idéias. Segundo o autor, os administradores profissionais gastam muito tempo resolvendo perturbações na estrutura das organizações.

A estratégia utilizada na condução do processo de tomada de decisão na SMS RJ, expõe, de maneira clara, o comportamento de negociador político de um dos atores, o que lhe assegura um considerável poder no interior da organização:

“Muitas vezes, eu sei o que é que vai acontecer, mas eu não digo. Eu sei qual é o caminho da decisão. (...) Eu vou amparando a autoridade daqueles que fazem parte dentro do processo, e aí você tem que ter dentro do líder uma noção de poder e de autoridade, do que é autoridade, não o autoritarismo. Então, a minha função nesse processo é exatamente impedir, dentro da linha mestra traçada, dentro dos níveis do poder decisório, garantir a autoridade daqueles que estão intervindo na execução desse processo.(...). É uma total mediação. Chama a parar os contrários e preservar a autoridade, porque, se eu não preservo a autoridade de um processo decisório nas suas várias instâncias, eu estou me minando, eu estou me desautorizando, estou caminhando exatamente para não ter autoridade.” (ator 10)

“... na maioria das vezes, você não tem que dar passo nenhum, porque quando você consegue administrar todo esse processo, o próprio conjunto, o próprio sistema vai dando os passos que tem que dar. (...) Eu estimo muito a polêmica, não a polêmica destrutiva, mas eu acho que a polêmica é fundamental. Você tem que controlar um pouco isso também, senão, pode virar um caos um processo desse. A polêmica pode virar luta de posições.” (ator 10)

Esses argumentos reforçam a afirmação de Mintzberg (1995), quando diz que o administrador não pode impor sua vontade, de maneira direta, aos demais profissionais. Deve apoiar-se em seu poder e aplicá-lo de maneira sutil.

Mintzberg (1995) ressalta ainda o papel de negociador político do administrador profissional, principalmente os que se situam nos níveis mais elevados, como mediadores de pressões externas, na resolução de conflitos, protegendo os demais profissionais contra influências externas.

No caso específico desta decisão da SMS RJ, o único conflito externo aparente detectado nas entrevistas, foi com a antiga administração da Secretaria de Estado de Saúde, no tocante ao pleito de Gestão Plena do Sistema Municipal da NOB 96. Segundo os depoimentos coletados havia uma séria questão política com o Estado, que só ficou resolvida com a entrada de um outro grupo à frente da SES RJ:

“... a gente só conseguiu a Plena quando houve essa mudança do Estado. Foi na saída dessa mudança política que a gente conseguiu a Gestão Plena.” (ator 9)

A forma como surge a decisão na SMS RJ e como esta se consolida enquanto uma proposta da organização, deixa claro que o processo decisório na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro apresenta elementos que estão presentes em mais de um modelo da decisão discutidos no primeiro capítulo deste estudo.

Em primeiro lugar, a natureza política da decisão, referida na forma como a Secretaria se organiza para decidir. Tão logo convencidos da relevância da proposta, dá-se início a um longo processo de negociação e discussão interna com os demais atores, afim de buscar todo o apoio interno em torno da idéia e vencer resistências.

Em segundo lugar, o caráter racional do processo de decisão, altamente tecnocrático, que vai embasar todo o processo de negociação política interna, baseado em informações técnicas utilizadas também para fundamentar a busca de apoio dos demais participantes.

“Nós temos aqui, três linhas que são fundamentais. (...) primeiro, sem decisão política não se resolve nada. Segundo, nós aprendemos que financiamento é importante, mas não é tudo. E, terceiro, entendemos que a gestão tem que ser profissionalizada. E não se profissionaliza gestão sem informação, sem controle. Então, nós investimos muito em informação e em controle.” (ator 10)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Este estudo, dado seu caráter exploratório, aliado à dinâmica do fenômeno investigado, não propõe conclusões definitivas a respeito da formulação do processo decisório em organizações públicas de saúde. Serão apontadas algumas linhas de reflexão a partir das questões abordadas ao longo da dissertação, na tentativa de sinalizar aspectos relevantes a serem desenvolvidos em investigações posteriores.

A decisão de mudança da condição de gestão da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pode ser considerada de acordo com a classificação de Mintzberg (1976), como uma decisão estratégica desestruturada, característica dos níveis hierárquicos mais elevados das organizações, compreendendo um processo altamente descontínuo, permeado por inúmeras etapas difíceis que incluem fatores altamente dinâmicos, conseqüentemente, demandando um considerável período de tempo.

Vale ressaltar, o que o próprio Mintzberg (1976) destaca com relação à sua classificação da estrutura da tomada de decisão, a dinamicidade do processo, sendo altamente dinâmico sujeito a interferências, retorno das informações ou finalizações súbitas.

O tempo total de processamento desta decisão foi de aproximadamente 3 (três) anos, começando a ser discutido em 1997. A gestão do processo nas instâncias oficiais internas da SMS RJ foi aproximadamente de 14 (quatorze) meses. Atualmente o processo está tramitando entre o Gabinete do Prefeito e a Câmara de Vereadores para que seja aprovado e então implementado.

É importante salientar que durante este período, a SMS RJ foi gradativamente conseguindo atingir seu objetivo inicial relacionado à esta decisão, que era de adquirir a Gestão Plena do Sistema Municipal. Em setembro de 1998 adquiriu a Plena Básica e em janeiro de 1999 a Plena do Sistema Municipal.

Com relação à participação e o grau de influência dos atores no processo decisório da SMS RJ, a partir do teor dos depoimentos coletados foi possível estabelecer uma comparação, entre a posição hierárquica formal dos atores e a posição real que ocupam no processo decisório.

Quadro 6. Demonstrativo da posição hierárquica formal dos atores envolvidos com a Tomada de Decisão da SMS RJ

	Hierarquia Formal										
1º Escalão	10	11	2	1	3	6	4	7	8		
2º Escalão										9	5

Quadro 7. Demonstrativo da Participação e Grau de Influência dos Atores Envolvidos com a Tomada de Decisão na SMS RJ.

ESCALÕES DA DECISÃO	GRAUS DE INFLUÊNCIA										
	TOTAL INFLUÊNCIA				INFLUÊNCIA SIGNIFICATIVA			POUCA INFLUÊNCIA		NENHUMA INFLUÊNCIA	
1º Escalão	10	11	2	1							
2º Escalão					6	4	9	3	5		
3º Escalão										7	8

No Quadro 1 foi estabelecida a posição hierárquica formal dos atores participantes do processo decisório, a partir do organograma atual da estrutura organizacional da SMS RJ.

No Quadro 2, foi definindo um escalonamento independente da hierarquia formal da SMS RJ, onde os atores do primeiro e segundo escalão da administração direta receberam uma nova classificação, divididos em três escalões de acordo com a posição que realmente ocupam e quanto influenciam o processo de tomada de decisão.

Foi possível perceber uma segmentação da participação ao ser constatado que a posição hierárquica não se constitui enquanto um dos determinantes da participação dos atores envolvidos na tomada de decisão, o que pode evidenciar o papel da política no que tange à tomada de decisão na Secretaria.

O Programa da Organização descrito por March e Simon (March e Simon, 1970), é o que vai determinar como esta dispõe e coordena seus mecanismos referentes às estruturas, funções, hierarquia e canais formais e informais de informação.

A constituição de uma Rede de Comunicações, segundo os autores, é um dos principais componentes do Programa da Organização e são desenvolvidos para atender as demandas de diferentes tipos de comunicações, bem como atender as suas funções sociais. Além disso, são planejados de forma consciente e intencional e exercem grande influência sobre os processos decisórios.

Os canais de comunicação da SMS RJ para esta decisão estão estruturados de uma forma onde os atores que não fazem parte do primeiro escalão da decisão, mesmo não decidindo concretamente, participando apenas das discussões de operacionalização, se sentem parte integrante desse processo, diminuindo, desta forma, os riscos de possíveis conflitos internos.

Na realidade, como já dito no capítulo anterior, a decisão na SMS RJ é tomada pelos atores classificados como pertencentes ao primeiro escalão conforme demonstrado no quadro 2. Posteriormente esta decisão é levada aos fóruns internos da Secretaria para que seja então legitimada pelos demais integrantes da Administração Direta da organização.

Contudo, é importante lembrar Paulo Roberto Motta, quando afirma que: *“Deve-se ter em conta também, que, inclusive no mesmo contexto organizacional, cada decisão envolve diferentes informações e interesse, que*

por sua vez variam em cada etapa ou estágio do processo decisório. Assim, cada decisão possui um processo ou conjugação única de informações e interesse – o que exclui, diminui ou acentua a participação de cada dirigente em uma decisão específica.” (Motta, 1996: 63)

Não foi possível detectar a participação de outros atores, externos à SMS RJ, no processo decisório. Apesar de em seu organograma constar a representação do Conselho de Saúde, este não apareceu em nenhum dos depoimentos coletados, o que pode indicar uma falta de abertura política da Secretaria em relação a outras instâncias, contrariando inclusive ao preceitos do SUS que dizem respeito à questão da participação social.

A análise da formulação da decisão de mudança do modelo de gestão das unidades básicas de saúde do Município do Rio de Janeiro, mostrou que esta decisão pode ser classificada como uma decisão de Oportunidade (Mintzberg, 1976), constituída tanto de elementos políticos, quanto racionais presentes no processo decisório, sem que a presença de um tenha que necessariamente excluir o outro. Ao contrário, na Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, o poder e a racionalidade se complementam.

Por outro lado, o caráter racional da decisão viabilizado através dos estudos técnicos desenvolvidos por uma Assessoria ligada ao gabinete do Secretário, criada exclusivamente para este fim, tendem a burocratizar demasiadamente o processo de legitimação de um decisão que é estratégica, mas que parece ser tratada como se fosse uma decisão de rotina.

Com relação aos conflitos internos, pôde-se perceber que estes tendem a ser amenizados com a participação dos atores nas instâncias de legitimação, porém, quando tornam-se inevitáveis, são resolvidos através da coerção. Durante a finalização do trabalho de campo, um dos participantes da entrevista teve seu cargo colocado em disponibilidade.

Pode-se dizer que a interseção de elementos de natureza diversa no processo analisado permitiu que se reforçasse o fato de que, quando se trata de decisões estratégicas não estruturadas, não há modelos definitivos.

Cada perspectiva teórica específica pode revelar um aspecto determinado do processo decisório, porém é importante que estes sejam considerados como um conjunto não dissociável, pois as relações que os perpassam conformam estruturas que vão interagir entre si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANDERSON, James E. Public Policy Making. Thomas Nelson and Sons, 1975.
- BRAGA, Nice. O Processo Decisório em Organizações Brasileiras. In Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 21(3): 35-57, Jul/Set 1987.
- BRASIL, 1988. Constituição Federal. Da Ordem Social – Seguridade Social. Brasília: Senado Federal, pág131-137.
- BRASIL, 1990. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal
- BRASIL, 1990. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (DOU de 6/11/96). Brasília: Ministério da Saúde (mimeo)
- CAMPOS, Ana Maria. Decisão e Informação Gerencial. EBAP/FGV, 1998, Mimeo.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In Planejamento Sem Normas. Editora Hucitec, São Paulo, 1989.
- CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CARVALHO, Marcus Renato, 1991. Modelos Assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e Integralidade. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- CHIAVENATO, I. A Administração de Empresas. Uma abordagem Contingencial. São Paulo, Mac Graw Hill, 1982
- CHORNY, Adolfo Horácio. Investigación En Servicios de Salud e Investigación Educacional. In: HADDAD, Jorge Q., ROSCHKE, Maria Alice Clasen, DAVINI, María Cristina.(orgs.) Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington D.C. : OPS, 1994.
- CLEGG, Stewart. Pouvoir, Symbolique, Language et Organisation. In
- CHANLAT, Jean-François. Le Indivi et Organisation. Dimension Oublieux., vol. 1. Atlas, 1993

- COSEMS – RJ (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro). Manual do Gestor do SUS. Março, 1997.
- HOBBSAWN, E. Era dos Extremos. O Breve Século XX. 1914-1991. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.
- HOPPE, Robert; GRAAF, V. Henk & DIJK, V. Asje. Implementation as design Problem. Problem tractability, policy theory and feasibility testing. Paris 1985. (Trabalho apresentado na reunião da IPSA sobre Policy Implementation and Policy Evaluation)
- IACCOCA, Lee e NOVAK, William. IACCOCA, São Paulo, Livraria Cultura Editora Trad. 1985.
- IANNI, Octavio. Estado e Planejamento Econômico no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- LAFER, B. Mindlin. O Conceito de Planejamento. In Planejamento no Brasil.. São Paulo, Perspectiva, 1971
- LEMOS, A. L. Costa. O Processo Decisório de Criação do Centro Cultural Banco do Brasil. In Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 31(4): 266-82, Jul/Ago. 1997
- LEWIN, R. Complexidade. A vida no Limite do Caos. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.
- LINDBLON, Charles Edward. O Processo de Decisão Política. Brasília, Ed. UNB, 1981.
- MALIK, Ana Maria. Processo Decisório em Instituições de Saúde: Estudo de Algumas Variáveis em Hospitais Complexos no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1983.
- MARCH, J.G. & SIMON, H. A .Teoria das Organizações. FGV, Rio de Janeiro, 2ª. ed. 1970
- MILLER, S.J.; HICKSON, D.J. & WILSON, D.C. Decision-Making in Organizations, Organizatios Studies, 11(2): 293-310.
- MINTZBERG, H; RAISIGHANI, D & THERET, A. The Structure of “Instrutred” Decision Process. Administrative Science Quaterly, jun, 1976.
- MINTZBERG, Henry. Criando Organizações Eficazes. Estruturas em Cinco Configurações. São Paulo: Atlas, 1995.
- MÖLLER, Renato C.; Oliveira, Flávio M. & Fonte, Joaquim R. A Intuição e suas Máscaras: As Armadilhas do Ilógico na Teoria Gerencial Contemporânea. In Revista de administração Pública, Rio de Janeiro, 27 (1): 87-96, Jan/Mar. 1993.

- MORITA, Akio. Mad in Japan. São Paulo, Livraria Cultura Editora, trad. 1986.
- MOTTA, Paulo Roberto. Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- MOTTA, Paulo Roberto. Participação e Descentralização Administrativa: Lições de Experiências Brasileiras. In Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 28(3): 174-94, Jul/Set 1994.
- MORGAN, Gareth. Imagens da Organização. São Paulo: Atlas, 1996.
- NIOCHE, J. P. et alii. Strategor. Strategie, Structure, Décision, Identité: Politique Générale D'enterpisa. Inter Editions, 1988.
- PARADA, Roberto. Sistema Estadual de Saúde, Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, setembro, 1997.
- PEREIRA, Carlos. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. In DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol.39, nº 3, 1996, pp. 423-447.
- PETERS, Thomas e WATERMAN, Robert. Vencendo a Crise, Rio de Janeiro, Editora Harper e Row, trad, 1983.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Cuidados Primários de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Projeto de Implantação. Rio Plan, 1981.
- PRESTE MOTTA, F.C. Teoria Geral da Administração. São Paulo, Pioneira, 9ª ed. São Paulo, 1981.
- RIBEIRO, J.M. Estruturas Técnico-Burocráticas e Instâncias Colegiadas no SUS – Uma abordagem dos Fundamentos da Política Setorial. In Costa, N. R. & Ribeiro, J.M. (org.) Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma Agenda para os Anos 90. Rio de Janeiro, ENSP, 1996.
- SEMLER, Ricardo. Virando a Própria Mesa, São Paulo, Editora Beste Seler, 1988.
- SIMON, Herbert A. A Racionalidade do Processo Decisório em Empresas. In Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, 38 (1), p. 111-142, Jan/Mar 1984.
- SIMON, Herbert A. Comportamento Administrativo. Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas. Rio de Janeiro, FGV, 2ª ed. 1970.

TAYLOR, Frederick. The Principles of Scientific Management, Nova York, Harper & Bros, 1991.

VERGARA, Sylvia Constant. Razão e Intuição na Tomada de Decisão: Uma Abordagem Exploratória. In, Revista de Administração Pública (RAP), nº 25 (3), 1991.

_____. Sobre a Intuição na Tomada de Decisão. In, Revista de Administração Pública (RAP), nº 27(2), 1993.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. In, Revista de Administração Pública (RAP), nº 24(4), 1995.

VIEIRA, Paulo Reis. Processo Decisório Organizacional: Uma Reflexão Para o Gerente em Busca de Eficiência e Eficácia. Rio de Janeiro, FGV, 1987 (mimeo)

RELAÇÃO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS:

- Anna Butter Nunes, Assessora do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Antônio Joaquim Werneck de Castro, Assessor Especial do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Cristina Buareto, Superintendente de Saúde Coletiva da SMS - RJ
- Felipe Cardoso, Subchefe Especial de Assuntos Técnicos da SMS – RJ
- Italo Rodrigues, na época do trabalho de campo, Superintendente de Serviços de Saúde da SMS – RJ.
- Maria Cláudia, Coordenadora da Assessoria de Desenvolvimento Institucional da SMS – RJ.
- Maria Isabel, Coordenadora de Recursos Humanos da SMS – RJ.
- Oswaldo Luiz Felício dos Santos, Superintendente de Vigilância Sanitária.
- Ronaldo Gazolla, Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Valmir Pessanha, Coordenador de Indicadores Gerenciais da SMS – RJ
- Mercês, Sub-Secretário de Saúde da SMS – RJ.

Outras fontes de informação relevantes para a pesquisa foram (embora não tenham sido realizadas entrevistas sistematizadas):

- Kátia de Carvalho Afonso, ex-diretora do Centro Municipal de Saúde Necker Pinto – Comunicação pessoal.
- Carlos Capella, chefe da Mesa Diretora da Câmara Municipal de Vereadores do Rio de Janeiro – Contato telefônico.

LISTA DE QUADROS:

QUADRO 1 – Lei 8.080: Definição de Atribuições e competências.....	53
QUADRO 2 – Lei 8.142: Criação de Novas Instâncias de Decisão e Controle Social.....	55
QUADRO 3 – Principais pressupostos do GED.....	57
QUADRO 4 – NOB 93: Principais Instâncias Decisórias.....	61
QUADRO 5 – Demonstrativo dos Serviços Ambulatoriais por Área Programática e por Tipo de Unidade.....	88
QUADRO 6 – Demonstrativo da Posição Hierárquica Formal dos Atores Envolvidos com a Tomada de Decisão na SMS – RJ.....	109
QUADRO 7 – Demonstrativo da Participação e Grau de Influência dos Atores Envolvidos com a Tomada de Decisão.....	109

LISTA DE SIGLAS:

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Bipartite
COFINS	Contribuição Social sobre o Faturamento para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	
FAE	Fração Assistencial Especializada
FIDEP	Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa em Saúde
GED	Grupo Especial de Trabalho
IVH-E	Índice de Valorização de Hospitais de Emergência
IVIS	Índice de Valorização de Impacto de Vigilância Sanitária
IVR	Índice de Valorização de Resultados
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SIH/SUS	Sistema de Internações Hospitalares do SUS
SNA	Sistema Nacional de Auditoria

SUS	Sistema Único de Saúde
TFA	Teto Financeiro de Assistência
TFAE	Teto Financeiro de Assistência ao Estado
TFAM	Teto Financeiro de Assistência ao Município
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFG	Teto Financeiro Global