



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Ambiente Institucional e Interfaces Organizacionais na Gestão
de Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde**

por

Maria Angelica Borges dos Santos

*Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título
de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

Orientadora: Prof. Dra Silvia Gerschman

Rio de Janeiro, abril de 2005

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ambiente Institucional e Interfaces Organizacionais na Gestão de Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde

por

Maria Angelica Borges dos Santos

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Silvia Gerschman (ENSP/FIOCRUZ)
Orientador

Professora Doutora Maria Ceci Araújo Misoczky (UFRGS)

Professora Doutora Elizabeth Artmann (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Ana Cecília de Sá C. Faveret (Faculdade de Medicina de Petrópolis/ FGV)

Professora Doutora Célia Maria Almeida (ENSP/FIOCRUZ)

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

**AMBIENTE INSTITUCIONAL E INTERFACES
ORGANIZACIONAIS NA GESTÃO DE HOSPITAIS
PÚBLICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de mestre
em Ciências na área de Saúde Pública

Maria Angélica Borges dos Santos

Orientadora: Profa. Dra Sílvia Gerschman (ENSP / FIOCRUZ)

Janeiro de 2005

Aos meus pais Aloysio e Maria das Dores
e meu afilhado Pedro.

“Enquanto as premissas mais importantes não forem expostas, o pensamento sistêmico perde grande parte de seu propósito e não há razão para esperar que os modelos mentais mudem...” (Peter Senge, A Quinta Disciplina, p. 230)

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Silvia Gerschman pela disponibilidade, generosidade, estímulo e indicação de rumo.

À Dra. Sonia Regina Lambert Passos, pelo incentivo, constante interlocução e a leitura cuidadosa do texto.

Ao Dr Ronaldo Gazzola, pelas oportunidades e desafios que sempre me proporcionou.

Aos demais amigos da época do Núcleo Estadual do Rio de Janeiro do Ministério da Saúde, Dr. Carlos Mercês, Dr. André Feijó, Denise e Edméia e, em especial, Dr. Maurício Magalhães e Enfermeira Ângela Valente.

A todos os grandes responsáveis pelo meu ingresso e percurso na gestão em saúde na Secretaria Municipal de Saúde, em especial Dra Sonia Ribeiro da Luz, Dr. Roberto Magalhães, Dra. Regina Lucia Bomfim e Dra. Ana Butter Nunes.

Aos meus colegas do Hospital Municipal Barata Ribeiro e Hospital Cardoso Fontes, pelos quase quinze anos de experiência compartilhada, que municiaram de prática as reflexões aqui contidas.

Aos Drs. José Mendes Ribeiro e Elizabeth Artmann pelas sugestões e leitura atenta na qualificação do projeto e pelo constante apoio ao longo do curso.

Aos professores Nílson do Rosário Costa, Célia Almeida, Javier Rivera, Maria Eliana Labra, Pedro Barbosa e Sheila Lima, pela qualidade das aulas e exemplo na investigação em planejamento e políticas de saúde.

À secretária do Departamento de Planejamento em Saúde, em especial à minha amiga Luzimar, pela solicitude em ajudar sempre que necessário.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, pela disponibilidade em resolver qualquer dificuldade burocrática surgida ao longo destes anos.

Aos meus professores D. Sonia Ferreira de Moura (do curso primário do Instituto Vitória Régia), Mr. Murphy (do ginásio na Glen Eyre Comprehensive Middle School), Heraldo (do curso clássico do Colégio Andrews) e Euzenir Sarno, da Faculdade de Ciências Médicas. Graças a vocês aprendi a investir na criatividade acompanhada de rigor nas formulações, mesmo que elas parecessem heterodoxas.

Aos meus pais, meus irmãos e meus sobrinhos e meu afilhado Pedro, pelo apoio carinhoso, incentivo e paciência em escutar este assunto por tantas vezes.

Um agradecimento muito especial ao Eros, que, até o fim, nunca se cansou de me fazer companhia enquanto eu estudava.

Resumo:

Esta pesquisa explora a relação entre ambiente institucional e a gestão de organizações hospitalares públicas do SUS, recorrendo a referenciais neoinstitucionalistas. É apresentada na forma de dois artigos, o primeiro deles publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva* (Santos & Gerschman, 2004). O primeiro artigo compreende um estudo do contexto histórico e político de evolução das políticas de saúde e dos hospitais públicos do SUS, baseado em um arcabouço analítico de corte neoinstitucionalista histórico empregado por Susan Giaimo (Giaimo, 2001). O segundo artigo encerra uma definição de ambiente institucional e a descrição de um conjunto de variáveis associadas que importaria considerar na elaboração de propostas políticas e gerenciais para o segmento hospitalar público. Essas variáveis tomam por base uma definição operacional de ambiente institucional inspirada no arcabouço proposto por W Richard Scott (Scott, 2001) para analisar a relação entre organizações e instituições.

Primeiro artigo: As segmentações da oferta de serviço de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores.

A partir de revisão bibliográfica e dados do DATASUS, IBGE e agências internacionais, são discutidas segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil. A leitura institucionalista do caso brasileiro efetuada destaca transformações que vem sofrendo o SUS, com ênfase em relações público- privado e no papel e estratégias dos vários atores para formatar o sistema de saúde segundo seus interesses e suas convicções. Os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste econômico e consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado mais dinâmico passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade melhor remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Um fortalecimento da presença de conselhos de saúde e de atores ainda pouco representados na arena política poderia contribuir para uma maior atenção aos impactos potenciais desse padrão de especializações.

Palavras-Chave: SUS; saúde suplementar; políticas públicas; financiamento da saúde.

Segundo artigo: Ambiente institucional e a gestão de hospitais públicos do Sistema Único de Saúde.

Este artigo discute a pertinência do estudo do ambiente institucional para a compreensão dos comportamentos e das configurações assumidas pelos hospitais públicos; propõe um arcabouço descritivo para ambiente institucional de hospitais públicos inspirado no trabalho de W Richard Scott; descreve aspectos conceituais e conjunturais de variáveis do ambiente institucional com potencial impacto sobre a gestão dessas organizações e a configuração do sistema de saúde; e explora preliminarmente a influência do ambiente institucional sobre aspectos como coordenação e controle, governança, liderança, missão, valores e visão de futuro. Ao longo do artigo são propostos, ainda, temas para pesquisas futuras.

Palavras-chaves: Ambiente institucional; gestão hospitalar pública; SUS.

Abstract

Using neoinstitutionalist frameworks as starting points, this research intends to study the impacts of institutional environment on the management of public hospitals of the Brazilian Unified Health System. Two papers are presented, the first of which has already been published in the journal *Ciência e Saúde Coletiva* (Santos & Gerschman, 2004). The first paper describes the historical and political contexts in which public health policies and public hospitals developed in Brazil. It is based on a framework employed by Susan Giaimo (Giaimo, 2001), a historical neoinstitutionalist. The second paper provides a definition for the term institutional environment and describes several variables that could be relevant to the formulation of political and management strategies for public hospitals. The analytical framework employed is inspired in W Richard Scott's work on institutions and organizations (Scott, 2001).

First paper: Segmentations of health service supply in Brazil — Institutional arrangements, creditors, payers and providers.

Abstract Based on a revision of literature and on data from official databases (international, DATASUS and IBGE), we discuss segmentations and specializations of health service supply in Brazil. The institutionalist framework employed in this analysis takes into account relationships between public and private sub-systems and the various actors interacting to shape the health system in accordance to their specific interests and convictions. Constraints to the development and implementation of social policies generated by macro-economic adjustments and agreements between major actors contribute to the Unified Health System's (SUS) present tendency of specializing in low-cost and simplified health-delivery technologies, contrasting with the more dynamic private sector's tendency of specializing in segments of high and intermediate levels of technological incorporation. This pattern tends to attract private-insurance buyers and to include procedures that are better paid in contracts with the public sector. A stronger presence of health councils and of other still under-represented actors in the political arena could favour deeper reflection on the potential impacts of this specialization pattern.

Key words: Brazilian Unified Health System; supplementary health; public policies; health financing

Second paper: Institutional environment and management of public hospitals of the Brazilian Unified Health System.

This paper discusses the relevance of studying the institutional environment in order to understand behaviours and configurations adopted by public hospitals. It starts by providing a descriptive framework for studying institutional environment, based on W. Richard Scott's work on institutions and organizations (Scott, 2001), and goes on to describe conceptual and contextual aspects of variables linked to the institutional environment and their relevance to management, highlighting, on a preliminary basis, their links to and potential impacts on governance, coordination and control, leadership, mission, values and vision. Topics for future research are also suggested along the paper.

Key-words: Institutional environment; public hospital management; SUS

Ficha Catalográfica

Santos, Maria Angélica Borges dos
Ambiente Institucional e Interfaces Organizacionais na Gestão de
Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde.

Dissertação de Mestrado: Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 120 p.

Janeiro de 2005

1. Ambiente Institucional / Institutional environment
2. Políticas Públicas de Saúde/ Public health policies
3. Pesquisa em serviços de saúde / Health service research
4. SUS / Brazilian Unified Health System
5. Gestão Hospitalar / Hospital Management

Sumário

Dedicatória.....	ii
Epígrafe.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
<i>Abstract</i>	viii
Ficha Catalográfica	x
Sumário	xi
Lista de Quadrosxiii
Glossário de abreviaturas.....	.xiv
1. Introdução.....	1
1.1 O objeto □ Por quê o hospital?.....	1
1.2 O objeto □ Por quê ambiente institucional. ?.....	2
2 . O referencial teórico e as opções terminológicas.....	5
3. Objetivos.....	9
3.1 Geral.....	9
3.2 Específicos.....	9
4. O método.....	9
5. Os capítulos	11
5.1. Capítulo 1 – Primeiro artigo: As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores <i>(publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva)</i>	
5.1.1 Introdução.....	15
5.1.2 Perspectivas de análise institucionalistas.....	16
5.1.3 As segmentações históricas da provisão de serviços de saúde no Brasil.....	17
5.1.4 Tendências atuais do formato da oferta de serviços no SUS	22
5.1.5 Aumento da adesão à saúde suplementar.....	28
5.1.6 Perspectivas para o fortalecimento de arranjos institucionais no SUS	29

5.2. Capítulo II —Segundo Artigo: Ambiente institucional e a gestão de hospitais públicos	
5.2.1 Introdução.....	33
5.2.2 A relevância do estudo do ambiente institucional em organizações públicas.....	35
5.2.3 Institucionalismo, instituições e ambiente institucional	36
5.2.4 Definição operacional de ambiente institucional.....	37
5.2.5 Governança, campo organizacional e interfaces organizacionais...	41
5.2.5. Eixo regulatório.....	47
5.2.5.1 Legislação setorial.....	48
5.2.5.2 Atuação de órgãos de fiscalização.....	49
5.2.6 Eixo político-histórico.....	56
5.2.6.1 Políticas para o segmento hospitalar	56
5.2.6.2 Conformação do poder político	60
5.2.6.3 Mecanismos de escolha de liderança.....	61
5.2.6.4 Regras de decisão.....	63
5.2.6.5 Padrões de uso e exercício do poder.....	65
5.2.7 Eixo normativo	66
5.2.7.1 Papel do servidor público <i>versus</i> papel dos profissionais de saúde.....	66
5.2.7.2 Concepção dos dirigentes sobre a natureza de seu papel.....	68
5.2.7.3.Preceitos éticos nas lógicas institucionais dominantes.....	70
5.2.7.4 Critérios de caracterização de desvios de conduta.....	71
5.2.7.5.Credibilidade do sistema de sanções e incentivos e do sistema político	73
5.2.8 Eixo cultural-cognitivo	76
5.2.8.1.Percepção das tendências futuras para hospitais públicos e o setor saúde.....	76
5.2.8.2.Paradigmas gerenciais dominantes	78
5.2.9. Conclusões	80
6. Conclusão	83
7. Referências	85

8. Anexos

Anexo A - Artigo 1 em PDF publicado na <i>Revista Ciência & Saúde Coletiva</i> , 9(3): 795 – 806, 2004.....	99
--	----

Lista de quadros

1. Eixos de observação para ambiente organizacional 39
2. Eixos do ambiente institucional e conceitos correlatos na gestão 40
3. Ambiente institucional na gestão de hospitais públicos: domínios de variáveis 41
4. Principais interfaces organizacionais dos hospitais públicos do SUS..... 45
5. Órgãos de fiscalização e regulamentação de hospitais públicos..... 51

Lista de abreviaturas:

AMS – Pesquisa de Assistência Médica Sanitária
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
CF – Constituição Federal
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada
ISI – International Science Index
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
NEI – Nova Economia Institucional
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar
PSF - Programa de Saúde da Família
REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
SIOPS – Sistema de Informações Orçamentárias para o SUS

1. Introdução

1.1. O objeto - Por quê o hospital?

Os hospitais são a forma mais tradicional de organização no setor de saúde (Scott et al., 2000). Durante muito tempo, foram um *locus* preferencial da oferta de serviços de saúde, com forte apelo simbólico e legitimidade. Entretanto, a estrutura organizacional, o significado social e os processos de trabalho desenvolvidos nessas organizações mudaram ao longo do tempo, com uma transição de um padrão asilar (Foucault, 1999) para uma organização do tipo profissional (Mintzberg, 2003) com elevado grau de incorporação tecnológica e consumo de recursos.

Mendes (2001) destaca o momento de transição e crise de financiamento vivido pelas organizações hospitalares em âmbito mundial, com uma tendência a mudanças agudas nos perfis de oferta de serviço e na sua inserção em praticamente todos os sistemas de saúde e modelos assistenciais. Por si só, esse já seria um motivo para justificar a realização de estudos sobre o segmento hospitalar.

Estudar especificamente os hospitais públicos no Brasil é debruçar-se sobre um segmento organizacional que vem sofrendo importantes modificações, relacionadas à implantação do SUS, às restrições impostas pelo ajuste macro-econômico e à própria dinâmica do mercado na área de serviços de saúde.

Talvez em função da relevância do tema para a saúde pública ou de um viés hospitalar inscrito na minha prática, chamou minha atenção durante o mestrado a grande quantidade de teses sobre atenção básica, produzidas em saúde coletiva nos últimos anos, comparada à presença relativamente pequena de teses sobre hospitais. Pareceu-me haver uma representação desigual, que favorecia as discussões sobre atenção básica.

Reforçar a centralidade da atenção básica e ordenar níveis de atenção segundo sua “complexidade”, numa perspectiva de hierarquização, é acompanhar as diretrizes institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a idéia de hierarquia entre organizações e modalidades de atenção à saúde convida-nos a priorizar ora a base, ora o ápice, na dependência dos critérios de valoração dos segmentos. Fica assim estabelecida uma permanente disputa entre os segmentos de atenção.

Acompanho, portanto, com grande interesse a discussão sobre integralidade. A integralidade é uma das principais divergências entre a política brasileira e formulações das

agências internacionais, havendo concordância quanto a descentralização, controle social e prioridade para ações de atenção básica (Mattos, 2001). Entretanto, o discurso da integralidade interroga as formas de operacionalizar o conceito de hierarquização em um sistema de atenção à saúde que se pretende universal e integral. Os teóricos da integralidade sustentam que a organização do sistema de saúde deve ser feita a partir da perspectiva de rede, com múltiplas portas de entrada e fluxos diversificados construídos a partir de representações e necessidades individuais (Silva et al., 2004). Propõem modelos em círculo (Cecílio, 1997) como alternativa aos modelos hierarquizados, em pirâmide, que situam a atenção básica na base do sistema e do acesso a ele.

A integralidade comporta a idéia de uma conciliação entre um *continuum* de *loci* de atenção que tende a permitir propor soluções mais flexíveis para o SUS, que não minimizem as peculiaridades dos formatos de sistemas municipais de atenção à saúde já implantadas nos vários cantos do país. É um conceito interessante, entre outros motivos, porque admite concebermos que a reestruturação a partir da atenção básica não seja a única alternativa para reorganizar o modelo assistencial. Em modelos assistenciais com forte componente hospitalar, como o do Rio de Janeiro, por exemplo, talvez a atenção básica sequer tenha legitimidade para impulsionar essa reorientação do modelo, sendo necessário “conquistar” os hospitais para essa empreitada.

Fortalecer a discussão sobre o hospital nas teses acadêmicas pode ser uma contribuição para apontar opções para sistemas locais que já tenham, como ponto de partida, uma configuração hospitalocêntrica.

1.1. Por quê ambiente institucional?

Mudanças nas características de qualquer tipo de organização geralmente estão associadas a induções do ambiente técnico ou institucional (Scott et al., 2000), sendo importante, portanto, acompanhar a conformação e a evolução histórica de um e de outro ambiente.

Os diagnósticos correntes sobre a “crise” do setor hospitalar público no Brasil têm destacado, mais do que uma aparentemente insolúvel insuficiência do financiamento, a situação de ineficiência organizacional, com baixa responsabilização dos gestores e elevada folga operacional (Ribeiro et al., 2001). Esses diagnósticos ressaltam, como

explicação para eventuais soluções, a "paralisia administrativa gerada pelos intensos e complexos constrangimentos legais produzidos pelo controle da instância legislativa, pelos níveis executivos do setor saúde e pelos tribunais de conta" e a insuficiente capacidade de gestão setorial (Ribeiro et al., 2001).

Além disso, no Brasil, a produção acadêmica da última década sobre gestão de hospitais e organizações públicas de saúde tendeu a privilegiar dois aspectos: a avaliação da eficiência organizacional, concentrada em componentes gerenciais, e a análise de processos de trabalho intra-organizacionais.

No primeiro grupo, figuram trabalhos como os de Bittar (1996), Marinho (1998) Façanha & Marinho (2000) e vários outros. Na perspectiva afim, de diagnóstico gerencial, foram recentemente realizadas algumas pesquisas de grande porte (Ribeiro et al., 2001; Portela et al., 2002) sobre organizações hospitalares.

O segundo grupo inclui os trabalhos de Cecílio (1997a; 1999; 2002), Campos (1991) e Schraiber (1999) que, embora agreguem a consideração de perspectivas institucionais, tendem a se concentrar na discussão de processos intra-organizacionais. A esses trabalhos recentemente se somam importantes contribuições sobre poder (Cecílio, 2002), inter-subjetividade (Sá & Azevedo, 2002) e cultura (Vaitsman, 2001; Faria & Vaitsman, 2002), predominando ainda em uma perspectiva intra-organizacional, e a linha de pesquisa de Artmann & Rivera (2003), que já contempla uma perspectiva inter-organizacional .

Minha hipótese é a de que vale a pena pesquisar também aspectos macro-organizacionais da gestão, como por exemplo: os impactos da dinâmica política e do arcabouço federativo sobre a gestão e o perfil dos hospitais públicos; os critérios frouxos ou pouco formalizados para a nomeação de diretores; o insulamento (Waissbluth, 2003) das unidades de saúde; a relativa inoperância dos controles formais e a própria cultura organizacional. A crise do segmento hospitalar pode ser considerada não só (e talvez nem principalmente) uma crise do modelo administrativo e regulatório, mas de todo o ambiente institucional. Ambiente institucional deve ser compreendido aqui de forma ampla, que permita abranger desde as relações entre entes federativos, até a atuação de instâncias de fiscalização e controle dos serviços de saúde e a credibilidade de que desfruta o projeto do

Sistema Único de Saúde junto a quem o implementa, com uma importante incorporação da discussão sobre a dinâmica política do setor.

Nessa perspectiva, a sistematização e a exploração de variáveis do ambiente institucional em que operam os hospitais públicos pretende contribuir para esclarecer alguns aspectos do funcionamento desses hospitais. O ambiente institucional, embora potencialmente influencie a configuração organizacional do segmento hospitalar, não parece ser adequadamente considerado na formulação de propostas para ele. Estas propostas tendem a ser pautadas por considerações administrativas e pelo imperativo da eficiência, e a estar alinhadas com um ambiente local e técnico □ que abrange a dinâmica das trocas de bens e serviços, recursos físicos, tecnológicos e gerenciais (Fonseca, 2003) □ ou, no máximo, com aspectos da dimensão regulatória do ambiente institucional, sem considerar a dimensão institucional em toda a sua amplitude.

As instituições e o ambiente institucional comportariam, a grosso modo, uma dimensão regulatória e outra cultural. De forma simplificada, a visão de instituição na perspectiva regulatória □ mais desenvolvida pelas teorias neoinstitucionalistas ligadas às ciências econômicas, jurídicas e políticas (Williamson, 1996; Immergut, 1992) □ privilegia a exploração das leis, políticas e os procedimentos formais desenhados para garantir sua observância. A perspectiva desenvolvida nas definições mais culturais de instituição (Berger & Luckman, 2004; Meyer & Rowan, 1977) priorizadas pelas variantes sociológicas das teorias neoinstitucionalistas, destacam a relação entre “instituições” e as representações sociais, além de padrões de comportamento motivados pela norma e pelas formas de apreender o mundo (Scott, 2001). Para contemplar os aspectos pretendidos nesta pesquisa, foi importante incorporar também à discussão aspectos políticos da construção institucional.

As interfaces organizacionais são aqui consideradas como expressão funcional do ambiente institucional. A dinâmica operacional das organizações depende tanto da eficiência da organização isolada em seus aspectos logísticos e de coordenação dos processos de trabalho intra-organizacionais quanto da ação coordenada de múltiplas organizações (Gitell & Weiss, 2004). As interfaces organizacionais caracterizam os fluxos e as trocas que propiciam coordenação interorganizacional, sendo a base para a integração

operacional entre as organizações e delas com as diferentes esferas de governo e os vários setores da sociedade.

O principal objetivo deste trabalho, portanto, é sistematizar uma abordagem ao estudo de ambiente institucional e definir um conjunto de domínios de variáveis associadas a ele que importaria considerar na compreensão das tendências e na elaboração de propostas políticas e gerenciais para o segmento hospitalar público. Pretendemos, futuramente, utilizar o produto deste trabalho para desenvolver, aplicar e validar um instrumento a ser empregado para explorar de forma detalhada o ambiente institucional e as interfaces organizacionais em hospitais públicos. Em função disso, o presente estudo encerra, também, a possibilidade de validar metodologia aplicável a outros cenários, ainda que seja sempre necessário adequar o instrumento a contextos diversos do que nos propomos a explorar.

2. O referencial teórico e as opções terminológicas

Ao considerar que ambiente institucional e interfaces organizacionais poderiam ser vertentes relativamente sub-utilizadas para explorar as políticas e as organizações de saúde, deparei-me com as exigências conceituais e metodológicas intrínsecas à realização de uma pesquisa dessa natureza. Seria preciso, em primeiro lugar, aprofundar e sistematizar o conhecimento sobre a arquitetura organizacional e política do segmento hospitalar no SUS e as relações inter-organizacionais no sistema de saúde, além de propor uma definição para ambiente institucional, selecionando arcabouços referenciais que sustentassem conceitual e metodologicamente essas investigações. Em uma segunda etapa, seria preciso selecionar, dentro do ambiente institucional, variáveis que viabilizassem a investigação de uma possível relação entre ambiente institucional e a gestão de hospitais públicos. Somente em um terceiro ou quarto momento seria possível testar hipóteses.

Como os hospitais públicos do SUS são organizações da administração pública, vinculadas à implementação de políticas públicas formuladas pelo Estado, seria adequado proceder à análise de seus processos de gestão priorizando referenciais da ciência política e lançando mão, sempre que necessário, de aportes da teoria das organizações. Este caminho segue uma sugestão de Celina Souza (1998), que, ao propor uma agenda para nortear a pesquisa na disciplina da administração pública no Brasil, aponta, como um dos caminhos

possíveis, conceber a administração pública como uma única disciplina na confluência das disciplinas de políticas públicas e análise organizacional. Entre as abordagens sugeridas para operacionalizar essas pesquisas, a autora propõe a abordagem institucional, traduzida, modernamente, pelas perspectivas neo-institucionalistas.

O neo-institucionalismo não constitui uma corrente única, mas um lugar “para o qual convergem teóricos de diversos matizes e origens disciplinares dentro das ciências sociais”. Seu ponto comum é ressaltarem a centralidade das instituições para a compreensão dos fenômenos estudados em suas diversas disciplinas (Marques, 1997).

Ainda que este referencial teórico tenha sido alvo de críticas no Brasil (Vieira et al., 2004) e fora dele (Gorges, 2001), seu uso já é bastante disseminado no país (Oliveira, 2003; Silva, 2003; Fonseca, 2003). O neoinstitucionalismo, porém, é pouco utilizado em estudos de política, planejamento e gestão em saúde coletiva no Brasil. Raros são os estudos, como o de Virgínia Coelho (1998), que abordam as organizações de saúde como parte de sistemas maiores e, mais especificamente, a influência da dimensão institucional na formulação e implementação de políticas setoriais.

A proposta de uma pesquisa concentrada em ambiente institucional é aplicar criativamente o instrumental neoinstitucionalista à área da saúde coletiva. Como ponto de partida, foram estudados os conceitos de ambiente e instituições no contexto das teorias das organizações (Di Maggio & Powell, 1991; Scott, 2001; Morgan, 1996; Mintzberg, 2003) e da administração pública (Hood & Scott, 2000; Hult, 2003; Peters & Pierre, 2003) e o impacto das instituições e do ambiente institucional ao longo dos processos e transformações históricas que as organizações atravessam (Marques, 1997; Immergut, 1998; Peters, 1999; Scott, 2001; Thèret, 2003; Hall & Taylor, 2003; Pierson & Skocpol, 2004), no sentido de estruturar categorias de análise para descrever o ambiente institucional e as interfaces organizacionais dos hospitais públicos do SUS.

O institucionalismo histórico (Marques, 1997; Immergut, 1998; Peters, 1999; Scott, 2001; Thèret, 2003; Hall & Taylor, 2003; Pierson & Skocpol, 2004) pareceu constituir um ponto de partida privilegiado, tanto para a análise de políticas públicas quanto para o estudo da expressão da implementação dessas políticas nos processos de gestão de organizações. A perspectiva do neoinstitucionalismo histórico destaca a discussão do poder em sua dimensão institucionalmente formalizada, priorizando o Estado como ator em suas análises,

mas chamando atenção para o fato de as relações entre o Estado e a sociedade se darem nos dois sentidos (Marques, p.79). Em termos metodológicos, a vasta produção acadêmica do institucionalismo histórico apresenta três características comuns: recortes de objetos que incluem questões substantivas, de amplo escopo; utilização de argumentação temporal como método, pela especificação da seqüência histórica de constituição do objeto, com rastreamento de padrões de transformação e persistência; e hipóteses pautadas nos efeitos combinados de processos e instituições, com análises baseadas em macro-contextos (Pierson & Skocpol, 2004).

O objetivo central do neoinstitucionalismo na ciência política é construir uma teoria de médio alcance, que estabeleça uma ponte entre análises centradas no Estado e na sociedade, enfocando variáveis de nível intermediário (legislações, decisões judiciais, formas tradicionais de relacionamento social) para dar conta da variação histórica e cultural dos fenômenos. São essas variáveis de nível intermediário que fazem a mediação entre as ações concretas e estratégias dos atores e as macro-estruturas (Marques, 1997).

Para o institucionalismo histórico, as instituições estruturam a situação em que os atores se encontram, alterando suas estratégias. As instituições não só constroem ou reforçam as interações sociais, mas alteram a conformação da preferência dos atores. As preferências são construídas política e socialmente no bojo dos processos sob estudo.

Como o cenário mundial atual é de grande interação entre as várias correntes do neoinstitucionalismo ligadas às distintas disciplinas que adotam essa perspectiva, endossamos, ao longo de toda a pesquisa, o ecletismo pregado por Peters (1999), Immergut (1998) e Scott (2001). O primeiro considera que *“é bem provável que algum ecletismo nas abordagens institucionais gere maiores retornos para a ciência política do que a adesão a uma abordagem única”* (p.2). Immergut (1998), por sua vez, ao tentar identificar um núcleo teórico comum às correntes neoinstitucionalistas, opta por não pré-definir instituições, preferindo considerar que devemos nos concentrar em estudar os efeitos institucionais. Com isso, busca conferir às instituições a possibilidade de uma definição dinâmica, sem abdicar da premissa de centralidade das instituições para a compreensão das dinâmicas sociais e políticas. Já Scott (2001) considera que não só efeitos institucionais devam ser estudados, mas que, cada vez mais, deva ser destacado o envolvimento das organizações em processos institucionais e as diversas respostas individuais e coletivas das organizações.

Assim, adotamos terminologia e conceitos operativos dessas correntes teóricas para definir claramente o sentido em que os termos centrais são utilizados.

A definição do termo ambiente institucional adotada nesta pesquisa busca preservar a preocupação central do neoinstitucionalismo histórico, de incorporar atores, seus interesses e ações estratégicas às análises efetuadas. Essa definição é fornecida no corpo do segundo artigo, mas vale a pena repeti-la:

O ambiente institucional encerra não só as instituições “formais” (constituições, leis, órgãos de Estado e de representação corporativa, política ou social) e informais (sanções, tabus, costumes, tradições ou códigos de conduta) que contribuem para promover ou desestimular interesses, práticas e orientações nas organizações, mas também a atuação dessas instituições, as percepções e práticas sociais construídas em torno delas (Peters, 1999), os próprios procedimentos de observância e situações de não observância dessas regras e “as práticas regulares operativas que estruturam o relacionamento entre indivíduos e as várias unidades do sistema político e econômico” (Hall, apud Melo, 1996).

O termo “arranjos institucionais” ou configurações organizacionais refere-se, no neoinstitucionalismo histórico, a mudanças no equilíbrio de forças políticas. O Estado tem um destacado papel na composição desses arranjos (Marques, 1997).

Outro conceito empregado no primeiro artigo foi o de “grupos de interesses”, que sucedeu o de “grupos de pressão”, introduzido por Arthur Bentley. Bentley (1908) reconheceu que o processo de governo incluía não só aspectos jurídicos e institucionais, mas a atividade política de grupos de pressão sobre o executivo, legislativo, judiciários, os partidos políticos e o próprio eleitorado (Rodrigues, 1981). Truman (1951) adotou a expressão alternativa “grupos de interesse”, para indicar que esses grupos poderiam fundamentar-se não somente em interesses econômicos. A maior parte desses grupos atua à margem do processo político formal, mas, na verdade, influi direta ou indiretamente no processo político, recorrendo à multiplicidade de pontos de acesso ao sistema de governo (Rodrigues, 1981). Assim, a expressão “institucionalização de atores” encerra a incorporação de grupos de interesse específicos nas decisões de governo, transformada em atuação corporativa sobre o processo político.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral: Descrever o ambiente institucional e as interfaces organizacionais de hospitais públicos do SUS em dimensões com potencial impacto sobre a gestão desses hospitais.

3.2. Objetivos Específicos:

- a) Definir uma matriz que permita sistematizar variáveis do ambiente institucional de hospitais públicos com impactos potenciais na sua gestão, a ser utilizada em futuro instrumento de pesquisa.
- b) Identificar as interfaces do Hospital com outras organizações relevantes para sua operação e o desenvolvimento de suas ações.
- c) Identificar as interfaces dos hospitais públicos com instâncias externas ao setor de saúde que tenham como funções a regulação, avaliação e fiscalização das organizações hospitalares.
- d) Explorar variáveis de ambiente institucional que possam repercutir na composição e atuação da burocracia de dirigentes de hospitais públicos do SUS.

4. O método

O método adotado nas várias etapas da pesquisa compreendeu:

- a) Revisão não sistemática de bases de dados brasileiras de informações sobre saúde, o sistema de saúde e os hospitais, disponíveis *online*: (1) do DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS); (2) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); (3) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD); (4) bases de dados da Agência Nacional Saúde Suplementar (ANS); (5) dados fiscais públicos (Secretaria de Receita Federal); (6) informações de agências e organismos internacionais sobre o sistema de saúde brasileiro: Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização de

Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

- b) Revisão da literatura sobre história das políticas e do sistema de saúde brasileiro (referências citadas no primeiro artigo).
- c) Revisão de legislação, portarias e disposições constitucionais relacionadas aos hospitais do SUS, à conformação do sistema político brasileiro e o Sistema Único de Saúde.
- d) Revisão bibliográfica de literatura indexada em Medline, Lilacs, Scielo, Pub Med; Periódicos.capes; ISI com os descritores “*institutional environmenl*”, “*institutionalism*”, “ambiente institucional” “hospitais”, “análise institucional”. O limite temporal foi o disponível nestas bases de dados
- e) Foram lidos textos clássicos e atuais de autores respeitados na área de administração, teoria das organizações, ciências políticas e, em especial, neoinstitucionalismo; teses de doutorado e dissertações de mestrado, mas também resumos de congressos e trabalhos divulgados na internet, procurando contemplar a informação da literatura cinza ou “*gray research*” (pesquisa ainda não publicada).
- f) As reflexões recebem o colorido da “observação participante” de uma longa trajetória na medicina, quase a metade dela exercendo cargos de gestão.

Qual o método mais adequado à pesquisa da gestão? Os estudos de administração são freqüentemente acusados de lançar mão de conceitos advindos de diversos ramos das ciências sociais como se fossem instrumentos que pudessem ser transferidos entre as ciências, dissociados de sua contextualização teórica. Tentei evitar esse “erro”, mas a gestão provavelmente não é uma disciplina, mas um campo interdisciplinar, o que torna difícil evitar essa “apropriação”.

O método dos clássicos desta área e na área afim de políticas é o do debate, do método argumentativo baseado na lógica ou em evidências não necessariamente fruto de estudos de campo. A pesquisa de campo que me propunha a fazer sobre o ambiente institucional em hospitais públicos quando o projeto foi originalmente concebido foi, assim, sendo adiada. Só o método reflexivo - argumentativo, baseado em pesquisa bibliográfica exaustiva, me permitiria gerar um arcabouço conceitual e hipóteses consistentes. Pouco a

pouco, fiquei convencida de que só nos estágios finais da pesquisa em ciências sociais conseguimos atingir a fase dos testes empíricos, que permite refutação “baseada em evidências”.

O método reflexivo-argumentativo induziu inúmeras modificações de minhas análises e, hoje, minha visão sobre o hospital público é substancialmente diferente da que eu tinha quando iniciei o mestrado.

Ao longo desses dois anos estudei muito e pude ler a infinidade de artigos, livros e documentos da internet — seminiais ou absolutamente tangenciais — que compõe a base bibliográfica do meu discurso. Em defesa à heterogeneidade e ao ecletismo oriundo das fontes bibliográficas, é preciso frisar que, muitas vezes ao longo deste percurso, o tangencial se transformou em essencial para a argumentação construída.

5. Os capítulos

Apresentamos, como capítulos da tese, dois artigos. Os artigos podem ser concebidos como um conjunto. O primeiro situa os hospitais públicos ao longo da história do sistema de saúde no último século e as mudanças no perfil das organizações hospitalares e nas formas de segmentação da oferta de serviços de saúde provocadas pela sucessão de arranjos institucionais hegemônicos na arena política. Pretende ser “*um pano de fundo para a discussão sobre ambiente institucional e interfaces organizacionais nos hospitais públicos do SUS*” (Santos & Gerschman, 2004, p.797), explorando a história e a arquitetura organizacional e política do sistema de saúde e dos hospitais. O segundo propõe um arcabouço para sistematizar a exploração do ambiente institucional de hospitais públicos do SUS e ensaia uma primeira descrição desse ambiente.

O artigo 1, “**Segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil — arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores**” (Santos & Gerschman, 2004), publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, foi uma primeira proposta de uso do instrumental institucionalista para explorar o setor hospitalar. Há dez anos, grande parte da produção teórica neoinstitucionalista não abordava as origens políticas e históricas da diversidade organizacional nos vários campos setoriais (Jepperson & Meyer, 1991, p.204),

mas hoje essa tendência vem mudando, com uma tendência à incorporação dessas dimensões até pelos estudos organizacionais (Scott et al., 2000).

O artigo subscreve explicitamente o marco teórico do institucionalismo histórico. Nele, busca-se delimitar as arenas políticas que conformaram historicamente o setor de saúde no último século e os impactos de embates, alianças e acomodações entre atores que sucessivamente integraram essa arena sobre o perfil das organizações de saúde e, em particular, os Hospitais.

Chamam a atenção dois fatos: (a) as mudanças na arena política e como isso se reflete na configuração do modelo de atenção e de sua base de organizações prestadoras de serviços e (b) como definições políticas formatadas em momentos anteriores da história constroem as possibilidades de mudança, embora não as inviabilizem.

Uma leitura *a posteriori* desse artigo, sob as lentes do neoinstitucionalismo sociológico, poderia concebê-lo como uma tentativa de delimitação muito geral do campo organizacional. Campo organizacional é um conceito considerado central nas formulações do neoinstitucionalismo da teoria das organizações (Di Maggio & Powell, 1991; Scott; 2001), que, em qualquer uma de suas definições, abrange um setor de atividades que compreende segmentos institucionalmente homogêneos e com similaridade de funções produtivas (insumos, tecnologias, processos), características de bens e serviços produzidos e finalidades dos usos da produção (Scott, 1991).

A aproximação à delimitação do campo implícita no artigo assume a dinâmica política da sociedade como um elemento modelador fundamental do ambiente institucional e do campo organizacional em que estão inseridas as organizações de saúde. O artigo subscreve, assim, ainda que de forma não teorizada naquele momento, uma perspectiva que destaca a criação de jogos de interesse dentro do campo organizacional (Fonseca, 2003), priorizando as relações de poder e a política como fundamentais na definição do campo.

A dinâmica do sistema de saúde brasileiro é analisada no que tange a dois dos quatro aspectos que sintetizam as diferenças entre os diversos sistemas de saúde (Immergut, 1992, p.53): grau e distribuição do financiamento público e a titularidade do parque assistencial (e, por tabela, dos vários segmentos assistenciais). Abordamos muito superficialmente, se tanto, os dois outros aspectos □ as características da regulação pública,

que aprofundamos um pouco no segundo artigo, e o nível de emprego público, um tópico que também pode ser incluído em futuras análises.

A linha de raciocínio adotada no artigo acompanha análises recentes e o neoinstitucionalismo histórico (Marques, 1997), que consideram o Estado como uma estrutura organizacional dominante, que tenta conciliar problemáticos ambientes internacionais e domésticos. Segundo Friedland & Alford (1991, p.236) “*a autonomia do Estado varia segundo a época, as sociedades, as arenas políticas e depende dos recursos – particularmente financeiros – que esse Estado detém*”.

O sucesso de qualquer tentativa de mudança institucional não depende apenas dos recursos controlados por seus proponentes, mas da *natureza do poder* e das regras e condições institucionais específicas que determinam como esses recursos são produzidos, alocados e controlados (Friedland & Alford, 1991, p. 254). Cabe aí conceituar como condições institucionais tanto as regras formais, definidas por dispositivos legais, quanto padrões culturais de alocação de poder, ligados a como instituições tradicionalmente operacionalizam essas regras de poder e a própria ação estratégica dos atores. Diferentes configurações institucionais oferecem a distintos grupos de interesse probabilidades distintas de sucesso na implementação de políticas e diretrizes que atendam a seus interesses (Immergut,1992).

O artigo 2, **Ambiente institucional e a gestão de hospitais públicos do SUS**, pretende ser uma apropriação criativa de instrumental das teorias neoinstitucionalistas, e visa propor variáveis do ambiente institucional com potencial impacto na gestão dos hospitais públicos. Deve-se lembrar que um dos principais objetivos deste trabalho é propor variáveis, com vistas a compor um arcabouço para, futuramente, realizar uma pesquisa de campo para explorar em maior detalhe o ambiente institucional em hospitais públicos do SUS.

Inicialmente, é proposta uma definição para o conceito de ambiente institucional. Segue-se a isso uma sistematização desse ambiente em eixos nos moldes propostos por W. Richard Scott (2001), para facilitar a formulação de domínios de variáveis potencialmente pertinentes. A seleção dos domínios de variáveis foi norteadada pelo alinhamento entre cada um dos eixos do ambiente institucional e dimensões consideradas centrais na gestão

(governança, coordenação e controle, liderança, missão, valores e visão de futuro). A partir desse alinhamento, foram propostos domínios de variáveis do ambiente institucional com possível impacto sobre a dimensão afim da gestão.

Para cada domínio de variáveis gerado foram, em seguida, identificadas variáveis ou tecidos comentários sobre aspectos conjunturais e conceituais. O produto final desse artigo caracteriza-se, principalmente, pelo levantamento e descrição de elementos de diferentes naturezas que poderiam ser considerados como variáveis dos eixos usados para explorar o ambiente institucional em que funcionam os hospitais públicos do SUS. A descrição do ambiente institucional apresentada ao final é bastante centrada no Estado, conferindo destaque a atores da burocracia. Uma descrição desse ambiente a partir da perspectiva de outros atores sociais teria, provavelmente, gerado variáveis bastante diferentes.

Em resumo, o artigo “Ambiente institucional e a gestão de hospitais públicos do SUS” apresenta um quadro amplo do ambiente institucional, que permite entrever as lacunas de pesquisa, e viabilizar *insights* sobre potenciais tópicos de pesquisa mais específicos. Desenha uma primeira aproximação ao ambiente institucional atual, explora um pouco sua regulamentação e sua dinâmica política e descreve o comportamento e as movimentações que permitem enxergar protótipos de variáveis relevantes para explorações futuras e mais detalhadas do ambiente institucional de hospitais públicos do SUS.

5.1. AS SEGMENTAÇÕES DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL — ARRANJOS INSTITUCIONAIS, CREDORES, PAGADORES E PROVEDORES

5.1.1. Introdução

A despeito da opção constitucional por um sistema público e universal assinalada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o conseqüente descarte de um modelo que especializasse formalmente os sistemas de saúde público e privado ou algumas de suas atividades (Costa, 2001), segmentações de clientela e especializações da oferta de serviços de saúde entre os dois setores parecem inerentes ao sistema brasileiro ao longo de sua história e vem constantemente se redesenhando no cenário nacional.

Este trabalho tenta mostrar como as relações entre provisão pública e privada e as opções de linhas de financiamento público contribuem para formatar e segmentar as ofertas de serviço no sistema de saúde, havendo também influência de arranjos institucionais e da escolha de atores políticos que asseguram essas segmentações.

De um lado, pagadores e financiadores diretos e indiretos do sistema de saúde — sejam eles empregados e empregadores nos sistemas de base corporativa, a sociedade por meio de gastos privados ou contribuições para o sistema público e o Estado ou credores do Estado, zelosos em relação ao impacto dos gastos sociais sobre o *deficit* público — definem em que medida o sistema de saúde proposto é considerado estratégico para o atendimento de seus interesses. De outro, os provedores — profissionais (em especial, a corporação médica) e empresários da saúde dos ramos de produtos (o complexo médico-industrial da saúde) e de serviços — tentam enxergar e aproveitar as oportunidades geradas pelo contexto mediante a garantia de uma presença organizada na arena decisória.

Ao final discutimos os arranjos institucionais que definem a política e a dinâmica do sistema de saúde e como o fortalecimento político de componentes específicos, definidos pela Constituição, desse arranjo poderia contribuir para desenhar uma prática mais favorável aos princípios que nortearam a definição do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.1.2. Perspectivas de análise institucionalistas

Estudos baseados no marco teórico do institucionalismo histórico ilustram como o desenho e os procedimentos definidos por representações de interesses atuantes na arena política formatam as opções políticas das nações para seus sistemas de proteção social, inclusive os da saúde. Esses procedimentos incluem grupos distintos de atores e excluem outros, e explicam porquê alguns interesses ganham, enquanto outros perdem (Immergut, 1992).

Giaimo (2001) demonstra a importância dos "pagadores" institucionalmente representados na definição das políticas de saúde. Pagadores em seu estudo incluíam empresários, estado e corporações de trabalhadores nos sistemas de corte bismarckiano ou baseado em seguros privados, como o americano, e a população em sistemas mais universalistas. Em uma releitura de Giaimo, atualizando-a para o caso Brasil, poderíamos dizer que credores da dívida pública, sendo mais visíveis os internacionais, agregam a esse modelo um segundo ator importante para a definição dos formatos das políticas sociais.

Importantes, também, são as formas de organização e representação dos provedores de produtos e serviços no cenário político, neles compreendidos empresariado da saúde, corporações médicas e o próprio Estado ou suas dimensões sub-nacionais, quando dispõe de capacidade instalada para a prestação de serviços.

Em que sentido esses vetores se orientam é determinado pelos arranjos institucionais, que são distintos em cada país e momento histórico. Nos países emergentes, estão sujeitos hoje a fatores determinantes não descritos em estudos anteriores realizados em países de primeiro mundo (Immergut, 1992; Giaimo,2001), uma vez que as análises de cunho neo-institucionalista mais conhecidas enfocam países não submetidos ao enorme poder de constrangimento de pesadas dívidas internas e externas e que a globalização torna extremamente vulneráveis, como no caso brasileiro. Assim, fatores considerados importantes para o formato das políticas nacionais de saúde, como as contingências de resultados eleitorais (Giaimo, 2001), embora ainda importantes no contexto sub-nacional (Arretche,2003), são relativizados face ao acompanhamento das políticas de saúde por organismos internacionais, destacado por vários autores (Conde,1996; Rizzoto,2000; Mattos,2000; Misocsky, 2003). Marques (1997) questiona o papel do Estado na condução

de políticas em um contexto de limitação da soberania de estados nacionais imposto pela globalização e de hegemonia de posturas pró-mercado.

É relevante também considerar no formato das políticas a herança de políticas passadas (Immergut, 1992; Almeida,1997). Em primeiro lugar, historicamente no Brasil, a evolução e o formato dos programas sociais deve ser considerada "menos como produto resultante da pressão direta das forças sociais, dos interesses e grupos de classe do que como ação de um tipo peculiar de Estado, que tenta lidar com os problemas centrais do desenvolvimento econômico e com a modernização em um terreno caracterizado pelas realidades internas e externas do desenvolvimento capitalista dependente retardatário" (Malloy,1991, pag. 27). O segundo elemento a considerar é a importância de representações de interesses mais consolidados e tradicionais na arena da saúde, que disputam espaço com arranjos institucionais mais modernos implantados na era SUS.

Os arranjos institucionais e principais atores que contribuem para formatar o sistema de saúde ao longo da história constituem a grade de análise deste trabalho, que é um pano de fundo para uma futura discussão sobre ambiente institucional e interfaces organizacionais nos hospitais públicos do SUS.

5.1.3. As segmentações históricas da provisão de serviços da saúde no Brasil

Ao longo da história do Brasil, diversos arranjos de financiamento e provisão foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, plantando as bases para o sistema de saúde extremamente pluralista e fragmentado (Medici, 2002) vigente no país. Os setores público e privado dividiram o financiamento público e a titularidade do parque hospitalar e ambulatorial, mas evidenciaram especializações variáveis.

O segmento ambulatorial é o que evidencia mais oscilação na titularidade público-privada, ao passo que o segmento hospitalar se especializa de formas diferentes ao longo do tempo. O que mudou ao longo do tempo foram as bases de financiamento, as inter-relações entre público e privado e as especializações de cada um dos sistemas, que se intercondicionam entre si.

Na década de 10, a medicina liberal detinha 60% dos leitos no país (Labra, 1993).A Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária de 1936 (IBGE, 2003) informa a existência de 1044 estabelecimentos de saúde no país, sendo 447 públicos e 597 privados. No início do

século XX, o Estado se especializa em segmentos populacionais marginalizados ou que potencialmente comprometam a saúde pública, com impactos não só no indivíduo mas no conjunto da sociedade (saúde mental, doenças infecciosas) (IBGE, 2003) e em cuidados prolongados. O setor caritativo assume os pobres e o mercado aqueles que podem pagar através de desembolsos diretos ou mediante arranjos mutualistas iniciados por comunidades de imigrantes ou sindicatos..

Na era Vargas, agrega-se a essas duas dinâmicas um padrão corporativo tutelado pelo estado, que marca uma fase de "universalismo" corporativo bismarckiano, ainda com uma incorporação incipiente do setor mercado não caritativo ao setor público.

Já em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas, que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1 % dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos. (Cordeiro, 1984).

Desde essa época, a dinâmica do capitalismo começa a consolidar o complexo médico-industrial da saúde, que contribui para um estrondoso crescimento dos custos da assistência médica (Cordeiro, 1984) e a transforma crescentemente em um empreendimento dependente de capital.

São históricas as fortes e intrincadas relações entre o setor público e o privado que vicejam em Estados de corte patrimonialista (Nunes, 1997), como o brasileiro. Entretanto, esses laços ficam definitivamente institucionalizados no setor saúde a partir de 1967, com a unificação da Previdência (Cordeiro, 1984). A universalização da atenção médica proposta à época possibilita a incorporação crescente do segmento privado ao setor público, com as Ações Integradas de Saúde e credenciamentos universais, pois se dá com base em um "privilegiamento do produto privado" (Oliveira e Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1967 (IBGE, 2003) cita a existência de 290.836 leitos no país e, a de 1979, 488.323 leitos, em um espetacular crescimento de 67,9 % em 12 anos. Vendem-se internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto, por procedimento, e o segmento público ainda é dono de um considerável parque de maior complexidade, herdado dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Com isso, além do faturamento público auferido pelo setor privado, viabiliza-se a

transferência para unidades do sistema público de pacientes de maior custo do sistema privado.

Outro marco importante desse período é a quebra do padrão corporativo de estruturação da prestação de serviços da saúde, propiciado pela retirada das classes trabalhadoras organizadas das decisões sobre saúde. A arena de negociação no âmbito da saúde passa a encerrar basicamente dois atores: o empresariado e o governo, representado pela burocracia inampliana. A saída de cena dos trabalhadores organizados tem impactos importantes sobre o formato posterior adquirido pelo sistema de saúde. Giaino (2001) mostra, em sua análise do caso alemão, a importância desses atores na defesa do seu sistema de saúde.

Esse é o momento que também marca o ingresso mais atuante do Movimento Sanitário na arena política. Este adota como marcos estruturantes de seu discurso o combate à aliança empresariado-estado, que incluía pesadas críticas ao subsidiamento do sistema privado pelo sistema público, e a condenação do padrão hospitalocêntrico de atenção que se instalava na saúde pública.

Apesar disso, o subsidiamento do sistema privado pelo público avança e, mediante sucessivas vitórias em arenas políticas em apoio à expansão de serviços e coberturas e a consolidação de anéis burocráticos, a iniciativa privada em saúde não só auferiu os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público, como garante subsídios para reforçar seu parque tecnológico via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (Cordeiro, 1984) e, mais recentemente, via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular desde o início o escopo de atuação essa iniciativa privada empresarial, o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços.

Simultaneamente, pelo fenômeno da "universalização excludente" (Faveret e Oliveira, 1990), em que os antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões passam a ter que competir com uma base maior de usuários por acesso a serviços de saúde, consolida-se um aumento de demanda por serviços privados.

Portanto, a superposição de uma proposta universalizante a um sistema de base corporativa gera uma segmentação ainda mais radical do sistema de saúde, com o

surgimento de um sistema suplementar cada vez menos pautado em bases mutualistas e mais em lógicas atuariais.

Esse movimento é viabilizado pelo crescimento dos planos empresariais, que propiciam um aumento da autonomia financeira de um setor privado não assentado sobre bases diretamente vinculadas ao setor público e sustentada por amplo aporte de subsídios estatais diretos e indiretos (Faveret e Oliveira, 1990; Cordeiro,1984).

Com a consolidação de um padrão de empresariamento privado da saúde, inicia-se uma disputa por segmentos de clientela e especializações, com tentativa do setor privado de preservar suas bases de financiamento públicas mediante uma presença marcante e cada vez mais organizada nas arenas decisórias (Labra, 1993; Costa,1998) e cada vez mais significativa no mercado.

Talvez o grande entrave ao avanço privatizante sobre a medicina pública na década de 90, mais do que o recém-vitório posicionamento pela medicina pública na Constituição Federal, tenha sido a recessão econômica da década de 90, que subtraiu poder de compra de serviços ao Estado e à população.

Ainda assim, a disputa por segmentos do mercado público não cessou. À época da criação do SUS e da extinção do INAMPS, houve articulações claras do empresariado da medicina para ofertar planos simplificados ao Estado. O Plano Básico de Assistência Médica, inspirado na experiência chilena, foi proposto pela Federação Brasileira de Hospitais(FBH), Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (Abramge), Sindicato Nacional de Medicina de Grupo (Sinange) e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde e seria financiado em parte com recursos previdenciários, tendo sido divulgado na mídia no documento “ A Extinção do INAMPS e a Saúde do País: mensagem ao Presidente da República” de abril de 1993 (Labra,1993). Esse era um momento de grande vácuo nas propostas para a atenção básica pelo sistema público e de crise nas bases de financiamento pela retração da contribuição da previdência social para o financiamento da saúde. Não por acaso, o Programa de Saúde de Família foi concebido em dezembro do mesmo ano, a partir de reunião convocada pelo gabinete do então ministro Henrique Santillo (Vianna, 1998), sob os auspícios de técnicos do Banco Mundial e OPAS (Misoczky, 2003).

É difícil abrir mão da hipótese de que o enorme constrangimento financeiro pelo qual passava a saúde com a perda do financiamento derivado de contribuições sobre a folha de salário para a previdência social não tenha influenciado essa opção. A proposta de o Programa de Saúde da Família atuar com reorientador do modelo de atenção é favorecida pelo discurso anti-hospitalocentrismo do Movimento Sanitário, remanescente da oposição aos anéis burocráticos e da valorização das práticas de prevenção que caracterizam a saúde pública.

Esse é também o momento em que passa a ser fortemente percebida a presença de técnicos de agências internacionais na formatação de políticas nacionais de saúde. Assim, o SUS é contemporâneo à emergência na arena política de organismos internacionais para monitoramento de países endividados, como o Banco Mundial. O Banco vinha se consolidando ao longo da década de 80 como formulador de recomendações a políticas da área social (Mattos, 2000). Suas idéias, disseminadas em documentos oficiais, configuram as propostas do neo-universalismo e incluem: a segmentação entre serviços básicos e convencionais, com um pacote clínico essencial expresso por cobertura universal de atenção básica; focalização dos gastos públicos nos pobres; e fortalecimento de setores não governamentais ligados à prestação de serviços, com busca no mercado de serviços não cobertos pelo pacote essencial e estímulo à criação de seguros públicos e privados (Misoczky, 2003).

Percebe-se, assim, que as principais decisões sobre o sistema de saúde no país são tomadas com base em convergências de formato que não necessariamente trazem embutidos em si uma convergência de motivações. Exigem a agregação de interesses postados em pontos distintos da arena política, que consideram que aquele formato específico da política contempla seus interesses, não contraria seus interesses ou, minimamente, cria ou mantém abertas janelas de oportunidade para ganhos futuros.

Dessa forma foram cunhadas várias definições de eixos de direcionamento político do SUS, em que diferentes segmentos de interesse apostam em um formato de política que mantém a possibilidade de vitória de seus interesses no futuro, mas igualmente a de outros, às vezes fortemente antagônicos, que apoiaram o mesmo formato de política. É a aposta na postergação de uma definição, na manutenção de uma janela de oportunidade com uma vitória em um momento posterior.

Esse foi o caso, por exemplo, do Programa de Saúde da Família (PSF), da própria consolidação do SUS, quando novos atores de poder político setorial puderam ampliar a oferta de benefícios para seus colégios eleitorais a custos institucionais irrisórios (Costa,1998) e antigos interesses preservarem posições estratégicas (Cordeiro,1991) e das políticas de saúde mental, que, com a desospitalização proposta, contemplavam interesses de redução do ônus representados por esses leitos no país.

Isso não implica que uma política seja sempre consistente em seus efeitos. Interesses contrariados buscam vitórias em rodadas seguintes do processo político. Assim, as segmentações do sistema de saúde são levadas a cabo por complexas negociações políticas e sofrem os impactos das oscilações da conjuntura política e econômicas e de legados de escolhas políticas passadas (Immergut, 1992).

A distribuição da oferta pública de serviços entre provedores públicos e privados e as características dos parques tecnológicos de um e de outro são determinados por critérios econômicos e políticos. Com o crescimento de um mercado privado potencialmente mais rentável, as lógicas da oferta privada passam a determinar a composição do parque empresarial e a criar uma arena de conflito e negociação que tende a ganhar destaque no futuro — a disputa entre provedores de serviços e planos de saúde privados.

5.1.4. Tendências atuais do formato da oferta de serviços no SUS

Uma das hipóteses centrais deste trabalho é a de que, na contra-mão das propostas universalizantes do SUS, vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível. A diferenciação na qualidade e nos preços dos produtos já foi apontada por alguns autores para planos privados de saúde (Bahia, 2001) e hospitais filantrópicos (Gerschman, 2003) e é própria da lógica de mercado. No setor público, incorporado como circuito inferior de consumo no mercado de serviços de saúde, verifica-se não só uma diferenciação negativa na qualidade dos serviços, como um aumento da restrição do acesso a produtos de maior complexidade, reforçada pelo padrão de especializações das ofertas de serviços pelos setores público e privado.

Os constrangimentos gerados pelo ajuste macro-econômico transformam o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, em um dos países com índices mais baixos de

investimento público no setor saúde no continente americano, uma flagrante contradição para um sistema público de caráter universal. O Brasil gastou 8,8% de seu orçamento com saúde em 2001, ao passo que a Argentina investiu 21,3% nesse mesmo ano e apenas quatro países caribenhos (Trinidad e Tobago, Santa Lúcia, Belize e Jamaica) dedicaram parcelas ainda menores de seus orçamentos à saúde.

Observa-se, assim, uma tendência à especialização do SUS em tecnologias de cuidados de baixa complexidade, como as da atenção básica, inclusive Programa de Saúde da Família, e persiste o uso de redes de serviço privadas menos valorizadas no mercado e com menor grau de incorporação tecnológica (Bahia, 2001), à qual vem paulatinamente se somando uma rede pública de hospitais de pequeno porte e baixo grau de complexidade.

O impacto dessa política na rede hospitalar pública mais tradicional é evidente. Mendes (2001) destaca o momento de transição e crise de financiamento vivido pelas organizações hospitalares em âmbito mundial, com uma tendência a mudanças agudas nos perfis de oferta de serviço e na sua inserção em praticamente todos os sistemas de saúde e modelos assistenciais. Essa crise tende a ser sentida de forma mais intensa em países periféricos.

Assim, no processo de municipalização da gestão da saúde, a produção de serviços básicos e a capacidade de gestão da rede hospitalar pelas municipalidades desenvolveram-se a compassos diferentes, estando a primeira em estágio bem mais avançado do que a segunda (Arretche & Marques, 2002) ou recebendo uma prioridade muito maior do que a mesma.

Ao longo da década de 90, o expressivo crescimento da atenção ambulatorial básica e do PSF foi concomitante à diminuição do financiamento para a oferta de internação hospitalar, sendo verificada também, embora em menor proporção uma queda no financiamento da média e alta complexidade em relação à atenção básica (Mattos e Costa, 2003).

Não obstante a proposta de reordenamento do modelo a partir de uma perspectiva da atenção básica, as organizações hospitalares continuam a deter um papel importante na oferta de serviços de saúde. Nos levantamentos da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (IBGE, 1998), 26,3% da população ainda recorre a hospitais como serviço de uso regular quando necessita de atendimento médico, sendo fundamental o papel do

hospital em emergências e contextos onde há demanda por maior concentração de recursos tecnológicos. Em função disso, é significativo o impacto das organizações hospitalares sobre os gastos em saúde. Nas estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 50 a 70 % dos gastos com assistência à saúde são realizados por hospitais. Segundo documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os hospitais públicos da América Latina gastam 2% do PIB da região (Di Tella, 2001). Partindo-se da estimativa de um gasto público em saúde no Brasil elaborada pela equipe do SIOPS, de 3,39% do PIB para o ano de 2000 (Teixeira e Teixeira, 2003), os gastos específicos no segmento hospitalar público brasileiro acompanhariam o padrão latino-americano.

O volume de recursos envolvido na gestão hospitalar é a provável explicação para a tentativa de reduzir a importância desse segmento na oferta pública de serviços de saúde. Nesse sentido, os hospitais públicos vem sendo alvo de denúncias e ataques sistemáticos na mídia, cumulados de diagnóstico de ineficiência e baixa responsabilização (Ribeiro et al, 2001).

Embora venha caindo, ainda é significativa a participação do setor privado na oferta hospitalar pública. Nas bases de dados do DATASUS, constam, em julho de 1998, 4.089 estabelecimentos hospitalares privados no SUS e, em julho de 2003, 3.497 estabelecimentos. Matos e Pompeu (2003) destacam, em contraposição, o significativo aumento da participação pública na rede hospitalar brasileira, decorrente da maior participação municipal.

Mas as dimensões do parque hospitalar do SUS como um todo tem decrescido. Um levantamento realizado na base de dados do DATASUS (SIH/SUS) mostra que, entre abril de 1992 e julho de 2003, houve uma queda de 12% no total de leitos disponíveis no SUS, confirmando-se uma tendência ao crescimento da fatia proporcional ocupada por hospitais públicos e universitários, em detrimento dos privados.

Aliado a isto, ocorre uma previsível retração dos setores mais qualificados da oferta hospitalar privada no SUS para um segmento mais bem financiado, o da saúde suplementar, tendência já prevista por Faveret há quase quinze anos.

A saúde suplementar inicialmente herdou a clientela corporativa excluída do sistema público (Cordeiro, 1984; Faveret, 1990; Werneck Vianna, 1998). Os hospitais

públicos ligados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões tinham bases de financiamento corporativas, garantia de representação direta de usuários com interesses francamente convergentes e tradição de identidade como grupo (as corporações de trabalhadores) e uma exigência de "excelência" em seu desempenho promovida por esse arranjo. Essa busca de "excelência", principalmente no segmento hospitalar, pode estar sendo transferida para o sistema privado. Três elementos caracterizam os planos e os qualificam na percepção do consumidor: a presteza do atendimento (que induz as camadas mais carentes da população a serem sócias de clínicas de subúrbio), o grau de liberdade na escolha dos médicos e a qualidade do parque hospitalar. Um dos principais determinantes de quanto vale um plano de saúde no mercado, portanto, é a qualidade de sua carteira de hospitais.

Quando se analisa a composição do setor hospitalar no Brasil (IBGE, 2002) segundo a natureza jurídica do estabelecimento, o ano de início de atividade e a clientela atendida, observa-se que a clientela particular tem hoje acesso a cerca de 1400 estabelecimentos de uso exclusivo do sistema privado, quase todos com atividades iniciada a partir da década de 80, numa tendência incontestável de autonomia e dinamismo, apesar da crise econômica.

Em contrapartida, somente 30% dos hospitais privados contratados ao SUS iniciaram suas atividades depois de 1980 e 60% do parque hospitalar geral do SUS foi fundado antes da década de 80.

A maior parte do parque mais antigo é composta por hospitais filantrópicos. O segmento filantrópico responde por quase um terço (29,8%) do total de hospitais do SUS, a um terço dos leitos e a 48,5 % do segmento privado contratado ao SUS. O estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil (Gerschman et al,2003) confirma a baixa competitividade da maior parte desse segmento no mercado, reafirmando a característica histórica de setor "dependência" (Faveret, 1990) em relação ao setor público e mostra como também nesse segmento se replicam as segmentações econômicas verificadas por Bahia (2002) para planos de saúde. Entretanto, esse segmento foi responsável por 37,43% das internações do SUS, pelas quais receberam do Ministério da Saúde uma soma de R\$ 1,33 bilhão. Receberam ainda, de janeiro a julho de 2003, recursos do Integrasus - incentivo financeiro destinado especificamente ao setor, compondo um montante de R\$ 182,37 milhões.(www.gov.saude.br).

Os hospitais públicos do SUS tendem a ser mais recentes do que os contratados, com 65% das unidades com atividades iniciadas após 1980. Predominam, nesse segmento mais moderno, pequenos hospitais, com média de leitos inferior a 30, localizados predominantemente na região nordeste e centro-oeste (IBGE, 2002). Essa tendência à criação de um segmento de unidades de internação de pequeno porte pode ser indiretamente aferida pela redução da média de leitos nos hospitais públicos nos últimos dez anos. De acordo com dados do DATASUS, em 1992, a média de leitos de hospitais públicos era de 65,7 leitos por estabelecimento hospitalar, média essa que, em 2003 atinge 55,9 leitos. Como efetivamente houve um aumento do número de hospitais públicos no SUS, que passou de 1.666, em 1992, para 2.217, em 2003, é plausível supor que esse crescimento tenha ocorrido às custas da incorporação de pouco mais de 500 hospitais com média de leitos bem inferior a 40 ou que, alternativamente, tenha ocorrido um significativo fechamento de leitos em hospitais mais antigos do SUS.

Essa tendência contrasta com um padrão histórico de grandes unidades hospitalares mantidas pelo sistema público e pode estar indicando a proliferação de unidades hospitalares de baixa resolubilidade, com criação às vezes mais ligada a interesses políticos do que a critérios técnicos. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde registrava, em 2003, 6.641 estabelecimentos de saúde com internação no país, sendo 39% com menos de 30 leitos. Juntos, os leitos ofertados por esses hospitais compreendiam 8,7% do total de leitos no país (López, 2003).

A dinâmica desses pequenos estabelecimentos merece ser mais bem estudada, tendo em vista que podem começar a estar compondo um modelo alternativo, de redução da segmentação entre hospitais e atenção básica em municípios com sistemas de saúde de implantação recente em que esses hospitais estejam funcionando como retaguardas mais articuladas com a atenção básica (López, 2003). Entretanto, pode servir para consolidar uma opção preferencial pela baixa complexidade, sendo importante não esquecer que dados do próprio Ministério da Saúde em 2001 apontavam taxas de ociosidade de leitos no SUS superiores a 50%, especialmente na baixa complexidade (Gerschman, 2003).

Consoante com a hipótese de especialização em produtos de menor complexidade, entre maio de 2002 e abril de 2003, a rede pública realizou 82% dos procedimentos ambulatoriais do SUS, contrastando com 14% dos privados e 4% dos universitários

(DATASUS, 2003). O setor privado, por sua vez, consolida sua especialização na maior complexidade tecnológica, sendo hoje detentor de mais de 80% por cento do parque de equipamentos biomédicos mais sofisticados do país (IBGE, 2002). Entre os procedimentos de alta complexidade (selecionando-se hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia e quimioterapia, ressonância magnética, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada), 84% são realizados na rede privada, 8% nas públicas e 8% nas universitárias. (DATASUS, 2003).

Chamam a atenção também os mecanismos criados para financiar boa parte da alta complexidade. O Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) foi criado em 1999 com o objetivo de permitir o financiamento extra-teto, via gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. No momento de sua criação equivalia a 1,23% dos tetos de média e alta complexidade e, em 2002, a 19,08% dos recursos disponibilizados nos tetos dos estados e Distrito Federal, da ordem de 11,5 bilhões de reais (Souza, 2002). Esse fundo financia uma parcela importante das ações desenvolvidas pela ou de interesse da iniciativa privada, como terapia renal substitutiva, medicamentos excepcionais, *kits* para AIDS, transplantes e incentivos para hospitais filantrópicos. O Fundo não obedece a critérios específicos de alocação e resgata muitas vezes a lógica convencional do INAMPS, com concentração das decisões sobre seu uso no gestor federal. A alta complexidade passa, assim, a depender de um fundo específico para seu financiamento, estando prioritariamente concentrada em instituições privadas ou públicas com dupla porta de entrada.

Configura-se, assim, um padrão de financiamento federal, que tem alto poder de indução, que privilegia a especialização do setor público na baixa complexidade via Piso de Atenção Básica (PAB) e os programas incentivados por seu componente variável e a especialização do setor privado em alta tecnologia via FAEC e remuneração diferenciada de procedimentos mais complexos pela tabela SUS, recompondo o padrão de financiamento privado pela via da maior complexidade.

Por outro lado, o modelo filantrópico tradicional entra em crise, exceto no segmento que acompanha a modernização de gestão e o padrão de venda de alta complexidade para o público (Portela et al,2002). Mas, reconhecido como "parceiro preferencial do sistema

público" pela Constituição, volta a pleitear injeções de recurso público e financiamento com dinheiro barato. Nas eventuais crises políticas provocadas pelo racionamento da maior complexidade de oferta no setor público (como as mortes de bebês em UTIs do Rio e a falta de leitos de UTI no Ceará), o setor privado é acionado como retaguarda tecnológica do sistema e usufrui de negociações não submetidas a vários dos constrangimentos de tabela e tetos financeiros do SUS.

Hoje, a hipótese de que as clientela de planos privados recorrem a estabelecimentos públicos para procedimentos de maior complexidade não ofertada pelos planos (Bahia, 2002) precisa ser mais bem explorada. O setor público certamente financia direta ou indiretamente o alto custo, mas a garantia da oferta de complexidade é um fator de atração de clientela para os planos. Observa-se uma tendência crescente à restrição do acesso à alta complexidade no setor público, passando a oferta a concentrar-se em estabelecimentos públicos com dupla porta de entrada e privados, em um arranjo confuso de cobertura desse segmento da atenção.

Simultaneamente, o setor privado vem incorporando competência crescente para ofertar maior complexidade, em áreas que tradicionalmente só eram cobertas pelo setor público. O contraste com a percepção de "simplificação" da oferta pública, aliado às dificuldades de acesso, contribui fortemente para o crescimento dos planos de saúde.

5.1.5. Aumento da adesão à saúde suplementar

A implantação do SUS se acompanha de um expressivo crescimento nos planos de saúde, com coberturas estimadas a partir de pesquisas do IBGE de 7,2% da população na faixa de renda per capita de até 1 salário-mínimo, 31,2% na faixa de 1 a 3 salários-mínimos, 63,1% na população de 3 a 9 salários-mínimos e 83,2 % na população com renda superior a 9 salários-mínimos per capita (Kilstajn et al, 2002).

Os números do Banco Mundial mostram um avanço do gasto privado e redução do gasto público em saúde (Medici, 2002; Biasotto, 2003) e vários outros dados corroboram a hipótese de crescimento do segmento privado como provedor de assistência médica. Entre esses, destacam-se os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, embora devam ser analisados com restrições, mostram o crescimento sistemático do número de beneficiários informados, hoje superior a 37 milhões.

Também as informações sobre deduções de pessoas físicas no imposto de renda com saúde corroboram a hipótese de crescimento da saúde privada. Na consolidação dos benefícios tributários da Receita Federal, as deduções do rendimento tributável de pessoas físicas nos anos de 1998 somaram 929,555 milhões de reais (0,099% do PIB), tendo saltado para 1,168 bilhões em 2000 (0,11% do PIB) e para 2,338 bilhões em 2002 (0,18% do PIB).

Medici (2003), a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, assinala um incremento nos gastos das famílias em planos de saúde, que passam de 11,2% do total de gastos com saúde, em 1988, para 29,02%, em 1996, sendo esse aumento mais marcante em capitais do norte e nordeste do que em outras regiões do país.

Apesar da recessão econômica e do SUS, não tem ocorrido retração do mercado de planos de saúde. Caso o SUS estivesse oferecendo produtos percebidos como comparáveis aos oferecidos pelos planos, seria esperado que eles experimentassem uma redução no seu número de beneficiários. O crescimento dos planos e da iniciativa privada micro-empresarial ameaça a tese de universalidade do SUS e cria a possibilidade de crescente focalização da oferta no sistema público.

O usuário da medicina dos planos de saúde é, em geral, destituído do poder de pressão próprio da organização corporativa de sistemas de saúde. No entanto, a importância política crescente desse segmento é ilustrada pelas pressões para aprovação da Lei 9565/98 e da criação da ANS (Pereira, 2001). Nesse sentido, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem reforçar a credibilidade do setor privado, diferenciando-a ainda mais do público.

Os números de filiados a planos de saúde da ANS não levam em conta o crescimento de clínicas e laboratórios populares e "planos" não registrados na ANS, cuja existência é apontada nos estudos sobre hospitais filantrópicos (Gerschman, 2003). Há indicações de que esse segmento e o desembolso direto por populações mais pobres (Bahia, 2000) possa estar crescendo. Estes fenômenos que merecem ser estudados de forma mais sistemática.

5.1.6. Perspectivas para o fortalecimento de arranjos institucionais do SUS

O caráter universalista do SUS parece desacreditado nos grandes centros urbanos, onde a percepção de contraste entre a qualidade do sistema público e privado, reforçada pela mídia, é muito intensa, favorecendo o avanço dos planos. Portanto, já é evidente uma

segmentação público-privada que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores.

No plano das especializações tecnológicas, o padrão SUS hoje parece estar caminhando no sentido do "plano de cuidados básicos" preconizados pelo Banco Mundial, aliado a um "estoque" de maior complexidade de maior ou menor porte, dependente do interesse e das pressões do mercado no sentido da compra desses produtos pelo setor público e da disponibilidade financeira ou política do setor público para adquiri-los.

Assim, cuidados de maior custo e complexidade na saúde pública podem passar a ser cada vez mais dependentes de mecanismos de acesso clientelistas ou judicializados. A via judicial garantiria, pela justiça comum ou atuação do Ministério Público, acessos individuais ou de segmentos específicos a serviços específicos, o que pode, eventualmente, reforçar distribuições iníquas de benefícios. Cabe analisar se a estratégia de abrir mão da provisão direta de serviços de maior complexidade é a mais conveniente para garantir os princípios de universalidade do SUS.

A convergência entre os formatos de políticas para a área de saúde e o desenho das políticas de organismos internacionais, como o Banco Mundial, (Misoczky, 2003) é, de fato, cada vez mais impressionante. Entretanto, as políticas de saúde formuladas nos últimos anos simultaneamente contemplam discursos históricos do Movimento Sanitário e vão ao encontro de interesses do empresariado nacional da saúde, propiciando a expansão do mercado privado, e de elites políticas sub-nacionais, que vislumbraram no SUS formas de garantir financiamento setorial na saúde, ainda que parcial, para seus colégios eleitorais.

Nesse panorama, os hospitais públicos, mais fortemente castigados pela crise, poderiam estar desempenhando um papel estratégico, tanto na busca de meios que assegurassem uma atuação mais coordenada com o sistema de saúde, que reduzisse superposições de atividades e ineficiência, quanto por uma maior presença no cenário de discussão das políticas de saúde. Que arranjos institucionais tornam tão pouco expressiva a presença organizada de profissionais de saúde do setor público e, principalmente, de gestores de unidades públicas de saúde, na arena política que define segmentações e "modelos de atenção" para as políticas nacionais de saúde, que necessariamente irão impactar na configuração global do sistema de saúde? Se o setor de hospitais privados tem

tantas associações (Labra, 1993), por que somente os hospitais públicos universitários tiveram a mesma iniciativa?

A situação atual aponta para uma baixa capacidade de articulação entre as unidades de saúde e acesso restrito a instâncias dirigentes de sistemas locais e nacionais por parte de dirigentes dessas unidades de saúde. Essas condições tendem a ser determinadas por arranjos institucionais e organizacionais cujos impactos se expressam em uma combinação duplamente empobrecedora para a saúde pública: no plano político, pela ausência desses atores na arena política e, no plano administrativo, como falta de articulação administrativa entre as unidades de saúde.

Costa (1998) destaca "a fragilidade institucional do setor de atendimento público anos 90, apesar da grande inventividade da inovação política". As Normas Operacionais Básicas consagraram uma estrutura institucional que confere um peso elevado para o gestor federal, as comissões intergestores e as associações de secretários municipais e estaduais de saúde, que têm assento privilegiado em estruturas de conselhos e conferências de saúde. Assim, tendem a se configurar redes de elaboração de políticas cada vez mais especializadas e com tendências oligárquicas, nas quais predominam representantes legais e politicamente qualificados da burocracia estatal, com primazia das esferas técnico-políticas em detrimento do controle social (Labra, 1999).

Hoje, os espaços políticos de representação definidos para usuários e profissionais e dirigentes de unidades de saúde, que certamente detêm uma parcela importante de informação e da inteligência sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, estão restritos à participação nos Conselhos de Saúde. Cortes (1998) considera que só há participação dos Conselhos na medida em que se cria a possibilidade de tomar parte no processo de decisão política. E o papel político dos Conselhos muitas vezes não é identificado no discurso de conselheiros representantes de usuários, que é pautado pela descrença de que de fato possam contribuir para a saúde da população (Gerschman, 2003).

Outro ponto a considerar é o fato de organizações excessivamente inclusivas poderem agir como freio à maior mobilização, em função da fragmentação e conseqüente debilidade do processo decisório interno (Almeida, 1997). Por pretender agregar vários interesses já formatados em consensos, a capacidade de expressão consistente de interesses organizados pelos Conselhos fica diluída. Propostas e interesses se descaracterizam em

disputas anteriores a sua exposição a atores políticos de maior peso, como os da medicina privada ou organismos internacionais, fragilizando sua expressão na arena política.

Os Conselhos pressupõe longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes ou, então, a existência de arranjos associativos bem estruturados anteriores (Labra, 2003), que fortaleçam a representatividade. Portanto, é possível que sejam arranjos institucionais de desenho sofisticado ou difuso demais para se contraporem de imediato a sistemas de representações de interesses já muito mais maduros e convergentes e com interfaces privilegiadas no âmbito decisório.

Para preservar a qualidade da oferta do SUS, é possível que seja necessário tanto tentar acelerar o processo de amadurecimento dos conselhos, reforçando a consciência de seu papel político, quanto fomentar a organização de representações com maior convergência imediata de interesses e de discurso, como profissionais de saúde ativamente envolvidos na prestação de serviços em hospitais públicos, em especial os médicos.

Os serviços públicos da saúde podem vir a ser um local privilegiado para explorar a natureza, os interesses, os objetivos e as expectativas desses profissionais (entre os quais talvez os diretores de unidades de saúde pública sejam atores de destaque) e para a reconstituição de redes inter-organizacionais de representação de interesses que possam favorecer o fortalecimento dos princípios básicos de equidade e integralidade do SUS.

5.2. AMBIENTE INSTITUCIONAL E A GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.2.1 Introdução

A crescente atenção mundial à gestão de sistemas e serviços de saúde coincidiu com a disseminação de referenciais teóricos neoinstitucionalistas nas ciências sociais, que reforçaram a importância das instituições para a formulação de políticas de saúde (Giaimo, 2001; Immergut, 1992) e para a gestão de sistemas e organizações de saúde (Goodrick & Salancik, 1996; Ruef & Scott, 1998; Scott et al, 2000).

As várias correntes do velho e novo institucionalismo¹ consideram que as instituições são centrais para a compreensão da sociedade, da economia, da política e das organizações. Segundo os marcos teóricos institucionalistas, as instituições teriam um potencial organizador sobre todas as dimensões da vida social, desde as mais macro e “formais” – em que predominariam arcabouços legais e políticos que estruturam a relação entre países, níveis de governo, organizações e pessoas e seus respectivos efeitos (Immergut, 1992; North, 1971) □ até as mais micro e “informais” – modeladas pela dimensão cultural das instituições, que parte do pressuposto de que são as instituições que “infunde valor” e legitima organizações, processos e idéias em uma sociedade, ao criar significados simbólicos compartilhados entre as pessoas (Meyer & Rowan, 1991; Di Maggio & Powell, 1991). Nessa última dimensão, as instituições seriam representadas por tradições, crenças, normas de comportamento e ideologias.

No Brasil, a atenção dispensada a aspectos institucionais da gestão em saúde coletiva cresceu a reboque da preocupação com a regulação como atividade central do Estado, que cercou a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Ribeiro et al, 2000; Ribeiro, 2000; Melo, 2001). Nesse mesmo período, vários autores já atribuíam as dificuldades de produzir e pôr em funcionamento uma proposta consistente para hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) a fatores “institucionais” (Cecílio, 1999; Mendes, 2002), que incluíam desde problemas de coordenação e controle inter-organizacionais e características do marco regulatório da administração pública no país (Ribeiro et al, 2001) até aspectos culturais (Vaitsman, 2001; Mendes, 2002; Rivera, 2003). Sob um rótulo genérico e ainda pouco sistematizado de fatores “institucionais”,

¹ Na ciência política, as teorias do novo institucionalismo, ou neoinstitucionalistas, nascem como contraposição às teorias condutivistas ou “behavioralistas”, que partem do pressuposto de que o

muitas vezes ainda sem uma vinculação clara a marcos teóricos específicos, esses diversos tópicos de pesquisa começaram a emergir na saúde coletiva.

As linhas de pesquisas que se reconheciam em alguma medida como estudos institucionais são representadas por trabalhos eminentemente conceituais sobre a macro-regulação (Ribeiro, 2001; Melo, 2001) ou pelas análises micro-institucionais dos processos de trabalho, com um enfoque identificado principalmente com a sociologia, a psicologia e a antropologia e com uma definição mais “cultural” de instituição, desenvolvidas, entre outros, por Cecílio (1997; 1999) e Schraiber et al. (1999).

Um conceito afim, bastante empregado na literatura de política e gestão, é o de ambiente institucional. Ambiente institucional foi um termo cunhado como contraponto ao de ambiente técnico ou de tarefa, que vinculava a gestão das organizações à disponibilidade de recursos e tecnologia (Scott, 2001). Segundo as perspectivas que valorizam o ambiente institucional, as organizações dependem não só de seu acesso a recursos, mas são afetadas por aspectos institucionais do ambiente, que incluiriam dimensões legais, sociais, culturais e políticas do mesmo (Hult, 2003).

Embora não haja consenso quanto à definição do termo ambiente institucional, consideramos que seu potencial analítico cresce ao ser conceituado de uma forma dinâmica e a mais ampla possível, que contribua para ajudar a compreender o papel de instituições sobre as práticas, as expectativas e os compromissos que influenciam a gestão e o desempenho dos hospitais públicos. Nesse sentido, foi necessário formular uma definição de ambiente institucional que pode não ser considerada rigorosamente “institucionalista”, pois incorpora não apenas as instituições, seus processos e efeitos, mas as formas de interação destas com atores organizacionais, políticos e sociais.

Este artigo discute a pertinência de estudar o ambiente institucional para a gestão de hospitais públicos, propõe uma definição conceitual e um arcabouço operacional para ambiente institucional e explora domínios de variáveis desse ambiente com potencial impacto sobre a gestão desses hospitais. Como ferramenta para organizar e operacionalizar a construção dos vários domínios de variáveis, foi utilizada uma versão modificada e adaptada do arcabouço para identificar elementos analíticos das instituições, proposto por W. Richard Scott (2001).

O marco analítico assumido nos comentários que tecemos sobre algumas variáveis privilegia perspectivas da ciência política e do neoinstitucionalismo histórico

comportamento dos indivíduos é o principal determinante de rumos da política, da economia e da sociedade.

(Marques, 1997; Pierson & Skocpol, 2004), recorrendo, em alguns casos, a teses do neoinstitucionalismo na teoria das organizações (Scott, 2001). Deve-se lembrar que o objetivo geral deste trabalho é propor variáveis, tópicos a serem problematizados na discussão da dimensão institucional da gestão de hospitais públicos do SUS. As sucintas descrições oferecidas para cada variável têm unicamente a intenção de contextualizá-las e oferecer uma primeira aproximação à exploração do ambiente institucional.

5.2.2. A relevância do estudo do ambiente institucional em organizações públicas

Segundo as correntes neoinstitucionalistas da teoria das organizações, as organizações estariam vinculadas a uma rede de regulamentos, regras, sentidos e relações. Seu ambiente institucional encerraria "*o entendimento e as expectativas sobre o formato e o comportamento apropriados àquele tipo de organização compartilhados pelos membros da sociedade*" (Tolbert, 1985). As teorias neoinstitucionalistas destacam que o comportamento e a sobrevivência das organizações é mais uma função dessa legitimidade no ambiente institucional ²do que de eficiência.

Essa visão contrapõe-se à de outra corrente da teoria das organizações, a teoria da dependência de recursos (Pfeffer & Salancik, 1978), que vincula a sobrevivência e o comportamento das organizações à adaptação racional e à autonomia gerencial, considerando a eficiência como elemento central.

Vários estudos enfatizam a complementaridade das duas teorias, admitindo simultaneamente a pertinência das escolhas estratégicas ligadas à tecnologia e aos processos operacionais e gerenciais racionalmente definidos e os limites e constrangimentos impostos à capacidade organizacional pelos ambientes institucionais (Oliver 1991; Tolbert, 1985). Entretanto, é possível que as teorias institucionais tenham maior poder explicativo em relação às organizações governamentais, cujos objetivos e atuações são condicionados por pressões sociais mais amplas do que as leis de mercado (Peters, 1999; Fontes Filho, 2003). A legitimação dessas organizações depende, em princípio, de um leque mais complexo de atores sociais e interesses do que o de

² A estratégia habitualmente adotada para assegurar legitimidade, ou conformidade, aos requisitos do ambiente institucional, seria o isomorfismo, conceito que traduz a tendência de organizações que compartilham contextos ambientais semelhantes a adotarem estruturas, processos e crenças parecidos (Meyer & Rowan, 1991; Di Maggio & Powell, 1991), evitando comportamentos destoantes .

organizações privadas e, conseqüentemente, de visões mais diversificadas sobre quais seriam suas funções e objetivos (Fontes Filho, 2003). Portanto, as explicações sobre seu desempenho não podem ser resumidas a dinâmicas de mercado e à competência gerencial.

Além disso, organizações vinculadas ao Estado, por estarem menos sujeitas a mecanismos de seleção de mercado do que organizações de finalidade mercantil, conseguem sobreviver mesmo quando são econômica e financeiramente ineficientes (Friedland e Alford, 1991, p.236). Pela própria natureza do Estado, o financiamento público é definido segundo prioridades sociais e políticas, sendo eficiência e desempenho considerações secundárias.

É razoável supor que, uma vez que as organizações que sobrevivem necessariamente têm legitimidade suficiente para existir, o comportamento e o desempenho das organizações hospitalares públicas, na medida em que asseguram os recursos necessários a sua sobrevivência, está sendo política e socialmente legitimado. Ou seja, contempla interesses e crenças de diversas naturezas - mercantis, corporativos e de poder – embutidos no ambiente sem impor, ainda, um custo eleitoral elevado à classe política.

5.2.3. Institucionalismo, instituições e ambiente institucional

As restrições à utilização de um marco teórico rigorosamente institucionalista para explorar qualquer aspecto da dinâmica social e política estão ligadas, principalmente, à auto-declarada dificuldade desse marco teórico para lidar com aspectos como a dinâmica do poder e a mudança (Di Maggio & Powell, 1991). As narrativas neo-institucionalistas são criticadas por dependerem de variáveis exógenas, não institucionais ou sistêmicas para explicar a mudança institucional (Gorges, 2001) e por terem dificuldades para incorporar o poder e o conflito a suas explicações (Misocky, 2003).

De forma metafórica, todas as correntes institucionalistas tendem a reconhecer as instituições como “criações humanas”, mas também a assumir que as instituições ganham vida própria e passam, inclusive, a controlar o criador. Têm dificuldades para explicar como e por quê as instituições mudam, como agentes ou forças sociais intervêm nas instituições no sentido de mudá-la e em explicitar e dimensionar o peso desses fatores exógenos e endógenos na mudança institucional (Gorges, 2001).

Portanto, o desafio principal a ser enfrentado ao propor variáveis do ambiente institucional que possam ter utilidade para ampliar a compreensão dos processos de gestão dos hospitais públicos seria o de acoplar à tese institucionalista □ da centralidade das instituições □ elementos que permitam problematizar componentes sócio-políticos, relacionados a atores e contexto.

Isso motivou a adoção do termo ambiente institucional e de uma adesão mais direta ao marco teórico do institucionalismo histórico (Marques, 1997; Giaimo, 2001; Immergut, 1992). O termo “ambiente” seria empregado na perspectiva de aportar a possibilidade de introduzir componentes “exógenos” às instituições, ou seja, de problematizar o próprio *modus operandis* dessas instituições ao serem expostas às várias racionalidades sociais e políticas e aos embates dos vários atores organizacionais e sociais com essas instituições e dentro delas, traduzidos em conformidade, em estratégias de resistência às instituições ou em tentativas de mudança institucional. O neoinstitucionalismo histórico, por sua vez, sustenta a possibilidade dessa definição, ao chamar a atenção para o fato de que a relação entre a sociedade e as instituições acontecem nos dois sentidos, dando destaque a contextualizar atores, seus interesses e ações estratégicas.

5.2.4. Definição operacional de ambiente institucional

O termo ambiente institucional não é empregado de modo uniforme e nem, tampouco, estruturado em um conceito claro e consensual na literatura. Jepperson (1991) o condena por ser excessivamente impreciso, com risco de transformar-se em uma metáfora. Hult (2003) considera que as ressalvas ao uso do termo podem ser consequência da ambigüidade dos conceitos “instituição” e “ambiente”, pondo em relevo a dificuldade de atribuir um *status* analítico a instituições e influências institucionais, independentemente da disciplina em que sejam aplicados.

Os termos ambiente institucional, contexto institucional ou influência institucional tendem a ser usados como uma rubrica genérica, sem compor um conjunto teoricamente definido de variáveis que possam ser sistematizadas e operacionalizadas para atuar como fatores explicativos em pesquisas empíricas (Scharpf, apud Hult, 2003) ou como objetos de reflexão crítica.

Para fins deste trabalho, consideramos que *o ambiente institucional encerra não só as instituições “formais” (constituições, leis, órgãos de Estado e de representação corporativa, política ou social) e “informais” (sanções, tabus, costumes, tradições ou códigos de conduta), mas também a forma de atuação dessas instituições, as percepções e práticas sociais construídas em torno delas (Peters, 1999), inclusive procedimentos de observância ou situações de não observância de regras institucionalmente definidas e “as práticas regulares operativas que estruturam o relacionamento entre indivíduos e as várias unidades do sistema político e econômico” (Hall, apud Melo, 1996).* O ambiente institucional poderia ser, assim, tanto considerado na perspectiva dos fatores que influenciam o “formato”, as práticas e os desempenhos das organizações (Scott, 2001) quanto na perspectiva de contextualizar atores, seus interesses e ações estratégicas (Marques, 1997).

Scott (2001) é o autor do arcabouço de referência que empregamos como ferramenta para operacionalizar variáveis que permitam descrever o ambiente institucional de hospitais públicos nos termos definidos acima. Ao propor um arcabouço para explorar os contextos de estudo das instituições, esse autor destacou a pertinência de contemplar o conjunto de definições centrais usadas para caracterizar “instituições” pelas distintas correntes do neoinstitucionalismo e a conveniência de segmentar o ambiente institucional em eixos que acompanhem essas definições.

De acordo com esse arcabouço, as instituições sustentam-se em um “pilar” ou eixo regulatório — que guarda correspondência com o conceito de instituição assumido pelas ciências jurídicas, econômicas e políticas (Williamson, 1996; North, 1971; Immergut, 1992; Steinmo & Thelen, 1992, apud Marques, 1997) — e nos “pilares” ou eixos normativo e cultural-cognitivo — assentados em definições de instituição oriundas da sociologia (Berger & Luckman, 2004; Meyer & Rowan, 1991). Isso não significa dizer que os eixos sejam independentes. Variáveis ligadas a um eixo podem influenciar e ser influenciadas por variáveis de outro, compondo uma complexa interação entre os eixos.

Os conteúdos dos pilares apresentados no arcabouço de Scott derivam de um extenso levantamento por ele realizado sobre a literatura neoinstitucionalista. Portanto, cada pilar pode comportar a possibilidade de conteúdos às vezes distintos.

Opções tiveram que ser feitas no caso dos conteúdos do eixo normativo, onde priorizamos a discussão de valores, de papéis sociais e como desempenhá-los, de

direitos, responsabilidades e privilégios e de relações entre papéis e valores, em detrimento de relações de poder. Variáveis ligadas a poder tanto podem estar incluídas no “pilar” normativo quanto no regulatório e os “pilares” ou eixos normativo e regulatório podem reforçar-se mutuamente (Scott, p. 56). Ou seja, para Scott, não há uma definição clara do lugar em que se discutem as relações de poder.

Perrow (1986), citado por Hult (2003), expressa preocupação com o potencial do termo ambiente institucional de “encobrir a ação de atores e interesses poderosos”. Como nosso arcabouço para explorar ambiente institucional pretendia comportar a possibilidade de discutir a dimensão política desse ambiente, optamos por criar um eixo adicional — o eixo histórico-político. Neste novo eixo seriam destacadas as variáveis institucionais que contribuem para conformar o processo político □ como dinâmicas de relações de poder, interesses de classes e atores organizacionais e delineamento da relação entre eles.

As características gerais do conteúdo dos eixos de observação propostos para ambiente institucional são resumidas no quadro 1.

Quadro 1: Eixos de observação para ambiente institucional

Eixo regulatório	Eixo político-histórico	Eixo normativo	Eixo cultural-cognitivo
Regras prescritas e pactuadas de relação e suas garantias de cumprimento; mecanismos de regulação.	Dinâmicas de relações de poder. Interesses de classes e atores organizacionais. Delineamento da relação entre eles.	Papéis sociais; objetivos e como desempenhá-los; direitos e responsabilidades; privilégios e relações entre papéis. Valores.	Crenças e concepções compartilhadas e enquadramentos preferenciais para interpretação da realidade social

Fonte: Modificado de Scott, WR (2001)

Os domínios de variáveis do ambiente institucional foram selecionados na perspectiva de poderem repercutir tanto sobre dimensões da vida organizacional (como missão, liderança, visão de futuro e valores organizacionais) quanto das relações inter-organizacionais (como mecanismos de coordenação e controle e governança) dos hospitais. A seleção dos domínios de variáveis institucionais que importariam para a gestão de hospitais públicos foi realizada a partir da vinculação de cada um dos quatro

eixos definidos para explorar o ambiente institucional a esses conceitos, considerados centrais na literatura corrente sobre gestão (Quadro 2).

Cada um dos conceitos de gestão organizacional selecionados guarda correspondência mais imediata com um eixo específico do ambiente institucional no esquema proposto para explorá-lo. Como conceito sinóptico, que agrega aportes de todos os eixos do ambiente institucional, selecionamos o conceito de governança.

A partir do alinhamento de eixos do ambiente institucional e dimensões da gestão, buscou-se identificar, para cada eixo, aspectos daquela dimensão específica do ambiente institucional que pudessem repercutir sobre o conceito afim da gestão. Assim, para o eixo regulatório, por exemplo, foram selecionados aspectos ou expressões das regras de relacionamento formais (definição do eixo regulatório) que pudessem repercutir sobre a coordenação e o controle dessas organizações. Nesse processo, foram sendo derivados os domínios de variáveis para ambiente institucional a serem explorados. Os domínios precisavam guardar correspondência com a definição originalmente proposta para ambiente institucional □ ser instituições no sentido formal ou expressar formas como as instituições habitualmente repercutem sobre as organizações e atores e como estes se relacionam com essas instituições.

O procedimento foi repetido para cada eixo do ambiente institucional e dimensão da gestão. Assim, em linhas gerais, buscou-se identificar: para o conjunto dos eixos, domínios de variáveis com impacto na dimensão sinóptica de governança; para o eixo regulatório, domínios de variáveis do ambiente institucional com impacto sobre coordenação e controle; no eixo político-histórico, domínios de variáveis com impacto sobre a liderança; para o eixo normativo, domínios de variáveis com impacto sobre a definição da missão e dos valores organizacionais; e, para o eixo cultural-cognitivo, domínios de variáveis pertinentes para a visão de futuro organizacional.

Quadro 2 : Eixos do ambiente institucional e conceitos correlatos na gestão

Eixo regulatório	Eixo político-histórico	Eixo normativo	Eixo cultural-cognitivo
Coordenação e controle	Liderança	Missão organizacional. Valores	Visão de futuro
Governança			

A descrição mais detalhada dos domínios e das variáveis buscou sempre privilegiar uma dimensão sócio-política, afinada com o neoinstitucionalismo histórico e uma perspectiva do ambiente institucional que privilegia a visão do Estado. Os domínios de variáveis selecionados para cada eixo do ambiente institucional são mostrados no Quadro 3.

Quadro 3: Ambiente Institucional na Gestão de Hospitais Públicos: Domínios de Variáveis

Eixo regulatório	Eixo político-histórico	Eixo normativo	Eixo cultural-cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> • Legislação e pactos setoriais • Atuação dos órgãos de fiscalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas setoriais • Conformação do poder político • Mecanismos de escolha de lideranças • Regras de decisão • Padrões de uso e exercício do poder 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel do servidor público <i>versus</i> papel do profissional de saúde • Conceção dos dirigentes hospitalares sobre natureza do seu papel • Preceitos éticos hegemônicos • Critérios de caracterização de desvio de conduta • Credibilidade do sistema de sanções e incentivos e do sistema político 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenários futuros para hospitais públicos e sistema de saúde brasileiro • Paradigmas gerenciais dominantes
			<ul style="list-style-type: none"> • Campo organizacional e interfaces organizacionais

O ambiente institucional dos hospitais públicos do SUS está, adicionalmente, sujeito a um conjunto de distintas “lógicas” institucionais, alinhadas com as principais

dimensões do processo produtivo e das vinculações institucionais dessas organizações. “Lógicas” institucionais fornecem “princípios organizadores” aos participantes de um campo organizacional para conduzirem seu trabalho (Friedland & Alford, 1991). Nas organizações públicas de saúde, poderíamos selecionar como lógicas institucionais dominantes as lógicas gerais do Estado, do serviço público, das políticas de saúde (atualmente do SUS) e das profissões de saúde. Assim, os diferentes regulamentos, regras e crenças que configuram o ambiente institucional dos hospitais públicos estão ligados a uma dessas lógicas e podem ser reforçados ou debilitados por convergências ou contradições entre elas.

O conceito de ambiente institucional encerra também a possibilidade de ser delimitado em torno de distintas abrangências, das mais locais às mais globais. As análises institucionais vinculadas à teoria das organizações consideram, também, que haja diferentes planos de análise possíveis na sociedade, que abrangem desde a sociedade em uma perspectiva globalizada, até sociedades nacionais, campos setoriais, populações organizacionais, organizações e segmentos das organizações (Scott, 2001). As organizações são influenciadas pelas lógicas e arranjos institucionais desses planos institucionais mais amplos em que se inserem, apesar de estarem mais imediatamente vinculadas ao ambiente institucional de seu próprio campo organizacional.

5.2.4. Governança, campo organizacional e interfaces organizacionais

Os eixos regulatório e político-histórico do ambiente institucional, conjuntamente, abrangem variáveis tradicionalmente ligadas aos sistemas de controle jurídico-legais e de Estado, encerradas no conceito de governo. Essas variáveis, acrescidas de outras, ligadas aos eixos normativos e cultural-cognitivos, são também fundamentos para o conceito de governança, cada vez mais utilizado nos estudos sobre gestão. O conceito de governança³ comporta não só as condições de obediência e garantia de cumprimento da lei pelas organizações, mas a adesão voluntária a códigos de conduta pactuados mais flexíveis do que leis e regulamentos (Hyden et al, 2004). A dinâmica de governança seria fortemente condicionada pela conformação do campo organizacional e das interfaces organizacionais.

³ A acepção mais moderna do termo regulação, que comporta decisões pactuadas, está mais próxima do conceito de governança do que do conceito de governo.

O conceito de campo organizacional isola um conjunto de organizações diferenciadas e interdependentes dedicadas a um setor de atividades afins, que compõe uma área institucionalizada da vida organizacional (Di Maggio & Powell, 1991). Corresponde a “um nível da análise valioso para pesquisadores da teoria das organizações” (Scott, 1991).

Todas as organizações direta ou indiretamente vinculadas à produção de um conjunto determinado de produtos e serviços, acrescidas daquelas que lhes suprem de recursos físicos (fornecedores), financeiros e institucionais (organizações com funções de controle, regulação, certificação, fiscalização e afins) compõem um campo organizacional (DiMaggio & Powell, 1991).

Aplicadas ao campo organizacional “*as estruturas de governança compreendem todos os arranjos mediante os quais o poder e a autoridade são exercidos no nível do campo, envolvendo, de forma variável, sistemas formais e informais, patrocínios públicos e privados e mecanismos regulatórios e normativos*” (Scott, 1991). Scott sustenta que uma variedade de arranjos e mecanismos institucionais é utilizada para governar a atividade de distintos setores ou campos em uma sociedade (p.140) Esses arranjos podem emergir e ser sustentados por ações dos membros do campo ou ser impostos por regras e sanções por autoridades superiores (p. 141).

No campo organizacional em que se inserem os hospitais públicos, importa primeiramente considerar a natureza federativa do Estado brasileiro, que, ao não contemplar hierarquia entre as três esferas de governo, adiciona complexidade à gestão do setor de saúde. É importante pesquisar não apenas o relacionamento entre os entes federativos, aspecto mais discutido deste grupo de variáveis, mas toda a árvore de hierarquias e outras formas de relacionamento que desembocam nos estabelecimentos públicos de saúde.

O sistema de saúde no Brasil propõe-se não só a ser unificado, como a obedecer a uma lógica não hierárquica. Formas de organização que seguem o modelo hierárquico e burocrático aumentam a eficiência administrativa (Weber, 2002) e reduzem a probabilidade de comportamentos oportunistas (Williamson, 1996). A organização burocrática é, por definição, racional e legal. Entretanto, a forma de relacionamento federativa e participativa embutida na organização do SUS pretende distinguir-se deste modelo. Assim, incorpora um número muito menor de leis e dispositivos com força de lei e um número muito maior de pactos, portarias e outras ferramentas regulatórias menos peremptórias. Nesse sentido, há bastante coerência no fato de o SUS não estar

pautado em dispositivos regulamentares mais “duros”, como leis e decretos, e ser “esculpido a golpes de Portaria” (Goulart, 2001) e pactos. As essências da gestão do SUS seriam a participação e a negociação, mais do que a hierarquia. E, nessa dinâmica, ficam explícitos não apenas convergências quanto conflitos.

No plano da gestão dos serviços de saúde, que é de competência municipal, a configuração do campo organizacional não é menos complexa. Por motivos diversos, os serviços de saúde evoluíram de uma dinâmica operacional baseada na concentração de atividades em uma única organização (modelos hospitalocêntricos) e centrada na hegemonia médica para o trabalho integrado de múltiplas organizações e enfoques multi-profissionais. Além disso, os princípios constitucionais do SUS definem lógicas que incorporam a participação da própria sociedade organizada, mediada pelo controle social.

Concomitantemente à crescente fragmentação dos *loci* de atenção — que passam a incluir desde cuidados intensivos hospitalares até cuidados domiciliares e lares abrigados — ocorre, também, uma incorporação cada vez mais intensa de serviços terceirizados e de relacionamentos com organizações de mercado.

Nesse sentido, o estudo do ambiente institucional precisa contemplar, também, um exame das interfaces organizacionais, que nos permita avançar na pesquisa dos mecanismos mais e menos formalizados da governança que regem as relações entre as organizações.

As interfaces organizacionais são, cada vez mais usadas como *proxies* de ambiente institucional (Hult, 2003), por comportarem “expressões tangíveis dos atributos do ambiente institucional”. Alguns modelos empregados na teoria das organizações passaram a concentrar-se mais nas relações entre as organizações do que nas próprias organizações (Scott & Meyer, 1991, p.110), configurando as teorias de redes de políticas e do capital social, que vem se fortalecendo como áreas de pesquisa interdisciplinar na política e na gestão.

Uma proposta esquemática para as principais interfaces organizacionais dos hospitais públicos do SUS é apresentada no Quadro 4. As interfaces podem ser pautadas pelo controle hierárquico (autoridade direta, representada no grupo A), pelo controle regulatório (controle externo, sem vínculo hierárquico - grupo B), em relações pessoais baseadas na confiança ou na identidade corporativa, inclusive de projetos e princípios (grupo C) ou em vínculos contratuais legalmente formalizados (grupo D). Convivem, portanto, no hospital, interfaces burocráticas do serviço público, interfaces baseadas no

controle regulatório (que incluem aquelas com o controle social), interfaces baseadas em vínculos corporativos (as das corporações de saúde) e na identidade de projetos e princípios e interfaces contratuais de mercado, exemplificadas pelas relações com fornecedores e prestadores de serviços.

As teses mais correntes sobre os padrões dominantes de relação nas organizações da administração pública e, em particular, nas organizações de saúde permitem sustentar as hipóteses de insulamento (Waissbluth, 2003) □ uma relativa resistência ao desenvolvimento de interfaces □ e de predomínio de relações hierárquicas burocráticas (Bertussi, 2002) como traços dominantes de suas interfaces.

Quadro 4: Principais interfaces organizacionais dos hospitais públicos do SUS

A) Organizações com linha comum de comando hierárquico: interfaces burocráticas ou hierárquicas

B) Organizações e associações com função ou capacidade de regulação/modulação sobre organizações de saúde: interfaces regulatórias

C) Organizações com linhas distintas de comando hierárquico e estabelecimento de relações baseadas em vínculos pessoais ou na identidade corporativa, inclusive de projetos e princípios: vínculos pessoais ou corporativos

D) Organizações com relações estabelecidas por vínculos contratuais legalmente formalizados, inclusive as estabelecidas com fornecedores e prestadores de serviço ou por modelos alternativos de gestão: interfaces contratuais

O insulamento é caracterizado por uma valorização corporativa excessiva do meio interno, que dificulta projetos gerenciais voltados para a integração entre organizações, para a constituição de uma rede de cuidados (Rivera, 1997) e a própria vinculação com a comunidade.

Adicionalmente, organizações públicas de saúde ligadas por vínculos hierárquicos, que constituiriam as “redes” municipais ou estaduais, tendem a apresentar padrões de relacionamento fortemente hierárquicos e burocráticos⁴ (Bertussi, 2002), na contra-mão de concepções ampliadas de descentralização (Gerschman, 2001).

⁴ “... os níveis centrais não permitem que as organizações estabeleçam prioridades e estratégias condizentes com a realidade local, mas, de certa forma, inviabilizam um processo de trabalho mais ligado às necessidades locais e à atuação criativa das equipes.”(Bertussi, 2002)

Nas dinâmicas de poder baseadas na hierarquia, verifica-se uma inibição deliberada do fluxo de informações entre os níveis de hierarquia e uma reduzida participação de níveis “subordinados” nas decisões e no planejamento. O acesso diferenciado a distintos níveis de informação e a compartimentalização estrutural da organização, que dificultam iniciativas associativas, é uma das bases do poder das cúpulas burocráticas. O comportamento das burocracias tende a ser replicado em todos os níveis, com o nível “superior” constringendo o nível “inferior” (Crozier, 1981).

Nas organizações hierárquicas, os níveis “superiores” ou centrais são, por princípio, responsáveis pelos “inferiores”, o que, em tese, os compromete diretamente com o desempenho desses últimos. Essa dinâmica burocrática tende a ser usada como justificativa para a baixa de delegação de decisões para níveis hierárquicos subalternos. Por outro lado, pode ocasionar dificuldades para estabelecer mecanismos de responsabilização e compromisso, pois, também com base no princípio da hierarquia, os vários níveis podem também ser considerados “desiguais” nesses dois aspectos.

Quando a relação nas interfaces é mais horizontalizada, uma definição pouco nítida ou com excessiva superposição de competências pode dificultar o processo de responsabilização e compromisso. As dificuldades de relacionamento entre os entes federativos do SUS freqüentemente denunciam essa dificuldade.

O controle exercido por linhas de autoridade diretas, típico da burocracia, contrasta com a fiscalização à distância dos órgãos de fiscalização (Hood & Scott, 2001) e com as relações contratuais definidas para interfaces com fornecedores e nos modelos alternativos de gestão para organizações hospitalares⁵.

Contrasta, também, com os padrões de relacionamento inscritos na lógica institucional das profissões de saúde. A complexidade das informações clínicas justifica o predomínio de mecanismos de comunicação informais, característico de organizações profissionais (Mintzberg, 2003). Nesses casos, mecanismos contratuais não substituem

⁵ Os contratos de gestão que regem esses últimos, por exemplo, seriam um exemplo de tipo de contrato frouxamente institucionalizado, ao contrário do que ocorre nos contratos com fornecedores, que seguem um consagrado ritual. A reforma administrativa difundiu a idéia de que os contratos de gestão poderiam ser um instrumento gerencial que aumentaria a eficiência das organizações públicas. Na maior parte dos casos, os contratos de gestão são instrumentos de regulação ainda incipientes, cujos maiores problemas parecem ser quem define os termos da contratualização, as características do que é contratualizado e o desenho institucional dos contratos (marcos conceituais e premissas operacionais e éticas, definição de responsabilidades e penalidades, *locus* organizacional responsável por gerenciá-lo). Ainda assim, é bem possível que estejam ganhando espaço na administração hospitalar pública., sendo importante refletir sobre esses aspectos

relações de confiança (Gitell & Weiss, 2004), sendo necessário investir em mecanismos que reforcem a confiança recíproca e o compartilhamento de informações, ambas características insuficientemente contempladas por interfaces contratuais ou burocráticas.

Quando se pensa em propor novos instrumentos de regulação, por exemplo, é importante entender quais são as características mais endógenas das interfaces entre organizações de saúde, para poder assimilá-las no desenho da regulação. Impor aos hospitais, por força da autoridade hierárquica ou de lógicas exclusivamente contratuais, que disponibilizem leitos para centrais de regulação sem permitir que eles desenvolvam um vínculo de confiança com outras organizações componentes da rede regulada ou escolham seus parceiros não parece ser uma proposta compatível com a lógica institucional das profissões de saúde, que é a lógica hegemônica quando se trata de definir a organização do cuidado em saúde (Gitell & Weiss, 2004).

Na verdade, propor qualquer tipo de mudança nas interfaces já estruturadas para o setor de saúde exige reflexão, pois implica rever toda a base institucional das relações entre organizações e dessas com a sociedade, desde seus componentes regulatórios até os culturais (normativos e cultural-cognitivos).

5.2.5. Eixo regulatório

A ênfase do eixo regulatório é na conformidade às regras, no fato de a organização atender aos preceitos legalmente definidos para seu funcionamento. Assim, o eixo regulatório compreende, tradicionalmente, leis e dispositivos formais, que disciplinam as relações entre pessoas e organizações e podem ser revistos e desenhados no sentido de favorecer comportamentos específicos. Na gestão, esse eixo remete aos conceitos de controle e coordenação, que podem ser pesquisados no âmbito das variáveis ligadas a regulamentação setorial e “atuação de órgãos de fiscalização”.

Neste eixo cabe pesquisar: as instâncias em que ficam concentradas as responsabilidades administrativas e operacionais e a forma como elas são distribuídas (centralizada, descentralizada, compartilhada) e os graus e modos de integração entre os níveis de governo, já comentados previamente; a legislação que rege o funcionamento dos hospitais públicos ou que os influencia de alguma forma; e os instrumentos e as formas de atuação de organizações que exercem controle e supervisão sobre a administração superior (agências descentralizadas, corregedorias ou órgãos similares) e sobre a operação dos hospitais, inclusive o controle social.

5.2.5.1. Legislação e pactos setoriais

Um hospital público, a exemplo de qualquer organização, é regido por um amplo conjunto de leis, regulamentos e códigos. Essas leis podem abordar aspectos tão diversos quanto os procedimentos que disciplinam a ação da administração pública, a regulamentação do sigilo profissional, normas para edificações em saúde e armazenamento de substâncias entorpecentes. Incorporam contribuições das várias lógicas institucionais que atuam sobre o hospital público.

O preparo de um diretor iniciante (que, em geral, é um profissional de saúde) para lidar com aspectos legais e jurídicos da gestão tende a ser insuficiente. Um diretor precisa conhecer códigos de ética e resoluções dos conselhos profissionais, a legislação que rege o serviço público, normas técnicas que regulamentam o funcionamento dos hospitais, os vários códigos de direitos do cidadão e ter uma razoável noção sobre princípios e preceitos básicos do Direito. Os cursos de formação de diretores do SUS tendem a ignorar essa lacuna, caracterizando uma relativa invisibilidade das questões institucionais nos programas de ensino da gestão em saúde coletiva no Brasil.

A base normativa utilizada pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), edição 2004-5 (Brasil, 2004), por exemplo, contempla apenas a regulamentação técnica e gerencial para estabelecimentos de saúde públicos e privados vinculados ao SUS. Compreende 120 referências, que incluem a Constituição Federal, 26 leis e decretos para regulamentação de leis, 12 decretos legislativos, 24 portarias de diversos órgãos do Ministério da Saúde, sete Manuais técnicos editados pelo Ministério da Saúde, quatro Códigos de Ética de Conselhos profissionais, 35 Resoluções (15 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cinco do Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN), nove do Conselho Federal de Medicina, 5 do Conselho Federal de Enfermagem, uma do Conselho Nacional de Saúde e nove Normas (seis do CNEN, duas do Ministério da Saúde, uma do Ministério do Trabalho).

Na qualidade de organizações pertencentes à administração pública, os hospitais públicos são, também, regulados pelas normas do direito administrativo público. Pesquisadores que subscrevem a adoção do critério eficiência na avaliação de resultados dos hospitais públicos (Ribeiro, 2001; Façanha, & Marinho 2000) destacam o impacto negativo do arcabouço regulatório da administração pública, que priva organizações complexas, como os hospitais, da autonomia e flexibilidade necessárias à sua boa administração. Entretanto, para caracterizar ambiente institucional, além de analisar a regulamentação dos aspectos logísticos da operação de organizações públicas, é preciso

também explorar os mecanismos e dispositivos que estabelecem a dinâmica da responsabilização dessas organizações perante a sociedade.

Outro aspecto pertinente neste domínio de variáveis seria pesquisar as formas como se estabelecem e funcionam pactos, convênios e outras expressões de consenso negociado nas relações dos hospitais públicos com outras organizações e instâncias integrantes do campo organizacional.

5.2.5.2. Atuação de órgãos de fiscalização

A atividade de regulação implica, tradicionalmente, a existência de organizações que tentam moldar o comportamento de outras, estabelecendo-se uma relação formal que inclui um mandato ou autoridade de uma sobre a outra, mas, simultaneamente, um distanciamento entre os dois órgãos (ou seja, não pode haver linha de comando hierárquico entre elas) (Hood & Scott, 2001).

Os dois mecanismos clássicos de prestação de contas do poder executivo nos Estados liberal-democráticos são a supervisão por representantes eleitos (poder legislativo) e a adjudicação por um Poder Judiciário independente. Pode haver diversos outros mecanismos paralelos de monitoramento, reivindicação e ajuste de padrões e, dentro da própria estrutura do executivo, um conjunto de órgãos que funcionem como controles internos (Hood & Scott, 2001).

A sistematização dos órgãos com poder de normatizar e fiscalizar o setor público de saúde permite enumerar as principais instâncias de regulação externa da atividade hospitalar, segundo seu vínculo às lógicas institucionais descritas acima (serviço público, SUS, corporações profissionais e lógicas gerais de Estado e a natureza do aspecto regulado (Quadro 5).

A fiscalização governamental do serviço público é efetuada, predominantemente, pelos Tribunais de Contas, órgãos ligados ao Poder Legislativo, com representações em nível estadual, federal, e até, nos casos autorizados constitucionalmente, municipal. Seu objetivo específico é a fiscalização das contas de órgãos públicos do poder executivo.

O contato direto desses órgãos com hospitais públicos tende a ser esporádico, pois a maioria dos hospitais públicos não tem controle direto sobre seus orçamentos, que são centralizados nas Secretarias de Saúde. Além disso, principalmente nas grandes prefeituras, os hospitais podem estar sujeitos a fiscalização periódica por departamentos de controle interno do governo e órgãos de Controladoria, que, em geral, auditam vários

aspectos da gerência hospitalar, desde a gestão de materiais até o de procedimentos assistenciais efetuados.

Paralelamente à fiscalização dos Tribunais de Contas e com poderes ainda mais contundentes, atua o Ministério Público, em níveis federal e estadual, na sua missão constitucional de fiscal da lei e da sociedade. Nesse mister, a Instituição goza de ampla liberdade investigatória e detém o monopólio da competência para promover ações penais e civis públicas. A esses poderes agrega-se a significativa legitimidade que o Ministério Público goza em sua atuação na saúde. Em estudo Delphi realizado em 2000 (Piola et al, 2001), o Ministério Público foi considerado como o órgão que teria maior destaque na defesa dos direitos à saúde na década atual.

Adicionalmente, em função da proliferação de situações trabalhistas precárias e da terceirização na saúde, é provável que esteja ocorrendo, também, uma ação de fiscalização mais ativa do Ministério do Trabalho em hospitais públicos.

A Vigilância Sanitária, os Conselhos de Saúde e o Sistema Nacional de Auditoria são os órgãos vinculados ao SUS com poder regulador sobre hospitais públicos. A Vigilância Sanitária efetua o controle de atividades, produtos e ambientes que comportem risco à saúde e, portanto, praticamente todas as atividades e ambientes hospitalares podem ser alvo de sua fiscalização. Apesar de ter assumido um modelo que reforça seu papel educativo e normativo, suas tarefas tradicionais incluem inspecionar, julgar, solicitar a correção de infrações e aplicar penalidades e notificar aqueles que infringem suas normas. Hoje investida, no âmbito federal, do formato de agência reguladora, sua ação requer constante interação e cooperação com outros órgãos do arcabouço regulatório, como Ministério Público, poder judiciário e Conselhos que regulamentam a ação profissional na saúde (Piovesan, 2002).

Os Conselhos de Saúde são instâncias de nível federal, estadual e municipal que têm caráter deliberativo nas questões ligadas à saúde. Seu efetivo papel na regulação pode variar em função das distintas configurações da arena política (Ribeiro, 2000). Embora a composição e o formato tripartite dos Conselhos de Saúde possam contribuir para sua fragilidade inicial diante de outros grupos na arena política da saúde (Santos & Gerschman, 2004), o desenho por eles adotado tem grande coerência institucional. As relações dentro do Conselho foram concebidas para não serem nem hierárquicas nem burocráticas, a exemplo das interfaces entre os níveis de governo.

De um modo geral, não vingaram outras propostas de intensificação da participação social na gestão dos hospitais, como as propostas de criação de conselhos

de gestão de hospitais públicos que incluíam membros da sociedade □ que replicariam nos hospitais, o controle social do SUS □ e as ouvidorias. A implantação de ouvidorias é ciclicamente incentivada no bojo de programas que promovem “foco no cliente” e “humanização”. A filosofia e a prática das ouvidorias, porém, ainda é fortemente voltada para uma “atuação burocrática de aplacação” de casos isolados, mais abafando problemas do que se constituindo em um instrumento de intervenção sistemática sobre os processos de atendimento no hospital (Pereira, 2002).

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) atua nos três níveis de governo, tendo o papel de auditar os repasses do SUS para fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, a produção de serviços de saúde de qualquer natureza e os programas federais de assistência social. Associa, assim, funções típicas de auditoria com o acompanhamento de índices de custos e indicadores de desperdício e o fluxo de informações nas bases de dados do SUS (Ribeiro, 2001).

Incorporado à lógica institucional de controle pelas organizações profissionais, figuram os conselhos de profissões de saúde. Os conselhos profissionais no Brasil são autarquias, órgãos do poder público que integram a administração indireta. Exercem ação normativa sobre as suas categorias profissionais de referência, mas não detém poder formal de legislar (Pittelli, 2002). Tendem a ter grande ingerência sobre a atuação de seus filiados, determinando competências e limites e restrições a sua ação e supervisionando a atividade profissional através de comitês de ética e outros dispositivos. Observa-se uma significativa atividade política desses órgãos de classe, no sentido de influenciar políticas de saúde e de legitimar o papel social das categorias que representam.

Outra forma de regulação possível são as certificações e os programas de acreditação promovidos por entidades independentes, que são dispositivos voluntários de regulação (auto-regulação), popularizados pelas reformas da saúde nos Estados Unidos.

Quadro 5: Órgãos de fiscalização e regulação de hospitais públicos

Lógica institucional	Organização	Marco Legal	Perspectiva de atuação	Esfera de governo
Órgão Estado	de Tribunal Contas	de CF art. 71	Fiscalização contábil, financeira e orçamentária do poder executivo.	Federal/Estadual alguns municipais
Órgão Estado	de Ministério Público	CF art. 129	Garantia dos direitos constitucionais coletivos; titular da ação civil pública.	Federal/Estadual
Órgão Estado	de Poder judiciário (advocacia e defensoria pública)	CF art. 133 e 134	Garantia de direitos individuais	Federal/Estadual
SUS	Vigilância Sanitária	CF art. 24, incisos XII e art. 30 inciso I e II	Controle sanitário de atividades e produtos com risco potencial à saúde e meio ambiente	Federal/Estadual/Municipal
SUS	Conselhos de Saúde	de CF art. 37 inciso XXI § 3º Lei 8,142 de 1990	Fiscalização da administração pública	Federal/Estadual/Municipal
SUS	Sistema Nacional Auditoria	de CF Lei 8.689-1993 e Decreto 1.651-1995	Auditoria de repasses e produção de serviços do SUS	Federal/Estadual/Municipal
Corporações profissionais	Conselhos Profissionais	Lei 3268-1957 e Decreto 44.045-1958	Controle e fiscalização do exercício profissional	Federal/Estadual

Abreviaturas: CF= Constituição Federal; SUS= Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde incluiu, entre os projetos financiados do REFORSUS (Banco Mundial, 2004) um projeto para o desenvolvimento de metodologia de acreditação em saúde nesses moldes. Entretanto, o alcance dos programas de certificação é bastante restrito, apesar dos avanços obtidos na arena política pelas sociedades de acreditação congregadas na Organização Nacional de Acreditação (ONA), que culminaram no reconhecimento oficial, pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de sua competência e autoridade para desenvolver os processos de acreditação hospitalar no Brasil. Do universo de mais de

6.000 organizações hospitalares do Brasil, existiam, em janeiro de 2004, apenas 43 hospitais “acreditados” pela ONA, a maioria privada (<http://www.ona.org.br/>).

A metodologia desenvolvida para elaboração do Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares foi parcialmente incorporada ao Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Além do roteiro de avaliação de padrões de conformidade, o instrumento utilizado pelo PNASS inclui pesquisas de satisfação dos usuários e de condições e relações de trabalho e uma análise de indicadores. O PNASS difere da acreditação por não ser um procedimento voluntário de auto-regulação, mas uma avaliação bianual realizada por grupos técnicos ligados ao SUS estaduais e municipais, com características de controle interno.

A descrição de componentes estruturais da regulação é insuficiente para caracterizar ambiente institucional. Entretanto, não identificamos na literatura indexada estudos sobre como as relações das organizações de saúde com órgãos de regulação desenvolvem-se na prática, mas apenas estudos conceituais sobre como essas organizações são ou poderiam ser reguladas (Ribeiro, 2000).

A pesquisa sistemática da atuação de organizações fiscalizadoras (fiscalização por conselhos regionais profissionais, processos administrativos contra direções de hospitais e outros órgãos da saúde, exigências de tribunais de contas, exigências e autos de infração da Vigilância Sanitária, intervenções do Ministério Público e de órgãos internos de controle e fiscalização, intervenções de Conselhos de Saúde) e de outros mecanismos de controle (processos por erro médico, citações elogiosas ou denunciatórias pela mídia) poderia ajudar a compor interessantes indicadores de desempenho e comportamento institucional das organizações hospitalares e dos próprios órgãos fiscalizadores.

O estudo sobre hospitais filantrópicos (Portela et al, 2002) pesquisou a ação de órgãos de controle e regulação externa nessas organizações, inclusive elaboração de relatórios enviados a distintos órgãos fiscalizadores e a frequência de visitas de fiscalização e auditoria por parte desses órgãos. A formulação de hipóteses sobre as implicações da regulação para a operação e o desempenho destes hospitais não foi aprofundada, pois o tema fugia ao escopo da pesquisa. Entretanto, os achados desse estudo, que sugerem uma atividade significativa de órgãos de fiscalização locais (em especial dos órgãos de Vigilância Sanitária), poderiam ser comparados com as práticas

de fiscalização aplicados a hospitais públicos e aprofundados no sentido de identificar correlações entre regulação e desempenho.

De um modo geral, a tendência em termos de regulação e controle externo do Estado é de crescente imbricação de ações dos órgãos envolvidos, resguardando-se uma clara definição de competências. Nos Tribunais de Contas, por exemplo, existe uma diretriz no sentido de maior integração com órgãos e entidades públicas, particularmente com o Ministério Público, e do desenvolvimento de redes interinstitucionais com outros órgãos e entidades nos três níveis de governo.

Essa mesma tendência é observada no Ministério Público que, com frequência, se faz acompanhar de representantes dos conselhos profissionais, em particular os de Medicina, para efetuar inspeções em estabelecimentos de saúde. Também os Conselhos Regionais de Medicina efetuam suas demandas ao Ministério Público, como verificar as condições de funcionamento de hospitais públicos e a atuação dos planos e seguros de saúde.

Esses movimentos convidam também a realizar pesquisas pautadas na hipótese de que possam corresponder a uma tentativa de realinhamento de forças e mudanças de configuração da arena política, expressando uma superposição entre o eixo regulatório e o eixo político-histórico. Diante da emergência do Ministério Público como ator político e de sua grande legitimidade no setor da saúde (Piola, 2001), é natural que haja repercussões sobre os arranjos institucionais.

Na análise da arquitetura institucional importa, também, discutir as regras para nomeação dos titulares dos órgãos de fiscalização, a liberdade para definir agendas e tomar decisões de cada órgão, e a agilidade de seus processos. A titularidade do órgão público pode ser fundamental e, para compreender melhor a dinâmica institucional, é importante conhecer a quem cabem as nomeações, uma variável identificada com o eixo político-histórico.

O Tribunal de Contas da União (TCU) (Speck, 2001), por exemplo, tem nove ministros: três indicados pelo Senado, três pela Câmara e um pelo Presidente da República, cabendo as outras duas vagas a técnicos. Apesar de ter buscado modernizar suas práticas de auditoria, com a adoção de sistemas para a auditoria dos gastos públicos mais baseados no acompanhamento de resultados do que de processo, o TCU continua (por força da dinâmica de acesso a seus principais cargos) a ser composto majoritariamente por políticos “em final de carreira”. Os fracos desempenhos desses órgãos, com um baixíssimo retorno de valores desviados aos cofres públicos, acabam

influenciando a credibilidade dos mecanismos de sanção frente a desvios éticos e de conduta, criando, no eixo cultural-cognitivo, uma percepção de que a atuação do executivo é pautada pela impunidade.

O impacto das nomeações e indicações tende a ser menos aplicável ao Ministério Público e às carreiras do Judiciário, que, pela necessidade de garantia de independência, funcionam como burocracias insuladas, com acesso ao cargo e progressão bem-definidos. Entretanto, o insulamento do Judiciário tende a gerar problemas de outras naturezas, como as queixas frequentes de discricionariedade e o fenômeno de “judicialização” das políticas (Dallari, 2002), cujas expressões já começam a ser importantes na área de saúde.

Em geral, os órgãos de fiscalização têm objetos bem definidos, mas gozam de relativa liberdade para definirem suas agendas e de um grau razoável de discricionariedade. Os Conselhos de Saúde, os conselhos profissionais e o Ministério Público são os que mais têm independência para definir agendas. A Vigilância Sanitária e o Tribunal de Contas da União também têm relativa liberdade para definir quem será inspecionado e o rigor dessas inspeções. A Justiça, que só age quando provocada pelo cidadão, tem liberdade relativa para definir suas sentenças.

A última vertente importante do eixo regulatório nos hospitais públicos diz respeito, justamente, à atividade litigante⁶ (Edelman & Suchman, 1997). Diferentemente de organizações privadas, os hospitais públicos raramente são autores de processos judiciais. Mas é possível que sejam réus frequentes. A categoria de erro mais regulamentada na saúde é a do erro médico, o que ilustra o protagonismo da classe nas organizações de saúde. O erro médico tem consequências éticas e judiciais, com desdobramentos nas áreas civil e penal. Quando ocorre como decorrência de exercício profissional em organização pública, gera efeitos de natureza administrativa, com apuração de responsabilidade na forma de sindicância e do processo disciplinar administrativo. Na qualidade de pessoas jurídicas do direito público, os governos federal, estadual e municipal respondem pelos danos causados, mas podem promover as chamadas ações regressivas para obter ressarcimento do servidor responsável pelo erro

⁶ Edelman & Suchman (1997) referem também um uso “facilitatório” da lei pelas organizações, que compreende utilizar estrategicamente o arcabouço jurídico no sentido de obter maiores vantagens para a organização. Entretanto, esses autores referem que essa prática é mais comum em organizações privadas. Nos hospitais públicos brasileiros que se transformaram em ou se vincularam intimamente a organizações do direito privado, é possível que esse uso “facilitatório” já esteja bem sedimentado, mas essas organizações são ainda minoritárias no contexto nacional.

(Brandão,1994). Embora ambos os tipos de processo sejam dispositivos básicos de responsabilização (*accountability*) em hospitais públicos, não identificamos dados sistematizados sobre a frequência nem de um nem de outro.

Existe, portanto, uma densa dimensão regulatória no ambiente institucional de hospitais públicos, encerrando códigos, pactos e regulamentos vinculados às lógicas institucionais gerais da sociedade, do serviço público (inclusive do SUS) e das corporações profissionais da saúde. Entretanto, poucas informações existem sobre a efetividade dessas dimensões, embora seja notório que a credibilidade do sistema de controle e regulação tende a apresentar uma relação inversa com a fatura de regulamentos e regras.

5.2.6. Eixo Político-histórico

Os objetos centrais desse eixo são as políticas que ditam os rumos do setor e afetam o funcionamento dos hospitais públicos e as formas de exercício do poder político. O eixo concentra-se nas dinâmicas de poder e interesses de classes e atores organizacionais e no delineamento da relação entre eles e apresenta convergências com o conceito de liderança na literatura de gestão.

Os domínios de variáveis selecionados foram “políticas para o segmento hospitalar”, “dinâmica do poder político”, “mecanismos de escolha de lideranças”, “regras de decisão” e “padrões de uso e exercício do poder”.

5.2.6.1. Políticas para o segmento hospitalar na era SUS

Na última década, podemos identificar três grupos de formulações políticas com impacto potencial sobre a gestão de hospitais públicos do SUS. O primeiro deriva da própria arquitetura normativa e de financiamento do SUS e de impactos de medidas mais gerais da Administração Pública (como a Lei de Responsabilidade Fiscal); o segundo corresponde a uma diretriz específica para a conformação das organizações hospitalares, emanada do Plano Diretor da Reforma de Estado (Brasil, 1995); e o terceiro inclui um conjunto recente de Portarias Ministeriais, que propõe políticas para sub-segmentos específicos da rede hospitalar.

O primeiro grupo de diretrizes com impacto potencial nos hospitais decorre da arquitetura normativa do SUS e de suas repercussões sobre o financiamento do sistema público de saúde. Sem caracterizarem uma política sistêmica e orgânica explícita para o

setor, são essas medidas que parecem, de fato, estar prioritariamente remodelando o campo organizacional desde a criação do SUS.

A descentralização resumiu a participação da União na prestação de serviços de saúde a um papel fundamentalmente financiador e normativo. A municipalização dos hospitais federais está praticamente concluída, configurando um processo que poderia ter sido objeto de interessantes pesquisas na perspectiva das teorias das organizações e institucionais. Entretanto, a responsabilidade pela manutenção de estruturas caras como os antigos hospitais federais ainda pode gerar polêmicas entre níveis federativos.

Hoje restam poucos hospitais federais ligados ao Ministério da Saúde e vários deles não são mais enquadrados na administração direta, mas como órgãos de naturezas jurídico-institucionais alternativas. Hospitais federais que permanecem vinculados ao Ministério da Saúde e hospitais de ensino compõem a maior parte dos hospitais públicos que adotaram modelos de gestão alternativos.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Brasil, 2001) estimulam a formação de consórcios, pactos e convênios entre municípios para manutenção compartilhada de unidades hospitalares. Entretanto, tanto em grandes quanto em pequenos municípios, é bem provável que filiações partidárias concorrentes e velhas rixas políticas dificultem ou inviabilizem qualquer iniciativa nesse sentido.

O segundo grupo de diretrizes que poderia afetar os hospitais nasce das orientações gerais do Plano Diretor da Reforma de Estado (Brasil, 1995). O Plano incluía uma orientação no sentido da "publicização" das organizações que desenvolvessem "atividades de natureza pública não exclusivas do Estado", que seriam transformadas em organizações sociais. Os hospitais públicos deveriam, de modo paulatino e voluntário, aderir a esse modelo, passando a ser gerenciados segundo princípios mais afeitos à administração privada, com a flexibilidade gerencial exigida por sua complexidade administrativa.

A conformidade aos objetivos sociais seria garantida pelo estabelecimento de contrato de gestão com o poder público e por conselhos administrativos compostos por indivíduos não vinculados à administração, que formulariam as orientações gerais e acompanhariam a administração dos Hospitais.

Os motivos da baixa adesão e resistência à implantação do modelo organização social preconizado no Plano Diretor da Reforma do Estado (Brasil, 1995) nos hospitais públicos não foram sistematicamente estudados, mas é bem possível que a teoria das organizações e as abordagens institucionais sejam bons pontos de partida.

Em primeiro lugar, o consenso político em torno do modelo era baixo. Prova disso são as inúmeras Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIns) e críticas de especialistas em direito administrativo à proposta (Di Pietro, 1999).

Como a adesão ao modelo era voluntária, as novas regras só valiam para pequenos grupos de organizações que se candidatavam a implantar o modelo. Nos termos propostos pela Reforma, as regras e bases de negociação estavam sujeitas a processos de revisão que podiam acabar sendo negativos para as organizações, salvo se estas dispusessem de um grau superlativo de legitimidade ou preservassem a possibilidade de “saírem do jogo” por terem uma inserção alternativa⁷. Uma organização mediana, sem acesso a recursos alternativos tende a não aderir a regimes “experimentais”.

A receita de autonomia gerencial⁸ implícita nos modelos de publicização continua em pauta e possíveis implicações de sua adoção são discutidas mais adiante. Em recente relatório sobre resultados e desdobramentos do REFORSUS, técnicos do Banco Mundial destacam que a definição e adoção de modelos de melhor desempenho de gestão hospitalar continua sendo objeto de ativo interesse do Ministério da Saúde e governos estaduais (Banco Mundial, 2004).

O terceiro e mais recente grupo de políticas federais com impactos sobre o segmento hospitalar público poderia ser interpretado como um conjunto de estratégias de indução, típicas de situações de compartilhamento de poder, como o federalismo (Scott, 1991). Nessa situação, a capacidade normativa é sustentada pela capacidade de financiamento. Atores integrantes de um campo organizacional que não dispõe de poder formal para impor suas próprias definições programáticas, mas com autoridade nas decisões sobre financiamento, oferecem incentivos às organizações para se conformarem a suas condições.

A política de financiamento do SUS favorece a oferta de procedimentos específicos em função da remuneração e de incentivos atribuídos a cada um. Na última década, as políticas de saúde priorizaram a atenção básica por meio de incentivos. Os gastos nesse segmento, entre 1995 e 2001, aumentaram de R\$ 2,7 bilhões para R\$ 4,2

⁷ Esse era o caso das organizações que se qualificaram como OSS em São Paulo

⁸ Autonomia gerencial é aqui entendida no contexto de seus significados e premissas na história recente da administração pública, discutidos por Amanda Smullen (2003) na *Revista de Administração Pública* 37 (3):551-568. De forma resumida, nesse contexto autonomia gerencial se resumiria ao controle de recursos tecnológicos, gerenciais e financeiros.

bilhões (57%). Nesse mesmo período, os dispêndios com alta e média complexidade aumentaram apenas em 6 por cento (Banco Mundial, 2004), com impactos potencialmente importantes sobre a sustentabilidade do setor hospitalar e o princípio da integralidade.

Uma outra estratégia federal, mais especificamente direcionada para influenciar a modelagem do setor hospitalar, é o fortalecimento de perfis organizacionais específicas por meio de financiamento diferenciado. Sucessivas Portarias nos últimos dois anos estimulam (como é o caso dos setores de emergência) ou desestimulam (como é o caso dos hospitais psiquiátricos) de forma direta ou indireta o desenvolvimento de especialidades ou setores hospitalares específicos.

A arquitetura das Portarias é interessante. Em alguns casos, os hospitais são diretamente seu objeto e as disposições nelas contidas visam claramente interferir na proposta assistencial dessas organizações e em sua posição no sistema de saúde. Esse é o caso, por exemplo, das Portarias que contém disposições para uma nova forma de relação com os Hospitais Universitários (Brasil 2003, Brasil 2004a, Brasil 2004b, Brasil 2004c, Brasil 2004h, Brasil 2004i). Em outros casos, um segmento de hospitais é indiretamente afetado pelas disposições colocadas para um outro segmento organizacional. Esse é o caso Portaria MS 53/2004, que estabelece uma competição por recursos entre os Centros de Atenção Psicossocial e leitos psiquiátricos (Brasil 2004d, Brasil 2004e). Em outros casos, ainda, os incentivos propostos para o segmento hospitalar ficam condicionadas a metas de implantação em outro segmento organizacional (no caso, o Programa de Saúde da Família). Essa é a estrutura das Portarias que regulamentam a reestruturação dos pequenos hospitais (Brasil 2004f, Brasil 2004g). Ou seja, embora aparentemente não exista uma proposta sistêmica formalmente definida para o segmento hospitalar, as Portarias induzem o modelo assistencial a se conformarem a desenhos específicos e condicionam o papel do segmento hospitalar nesse modelo.

Scott (1991) lembra que as estruturas organizacionais criadas por mecanismos de indução em situações em que não existe relação de autoridade direta e as organizações possuem outras fontes de financiamento tendem a depender de complexos sistemas de acompanhamento e a não surtir efeitos poderosos ou duradouros sobre o desempenho de organizações. Ou seja, as metas do financiador são atingidas segundo os sistemas de indicadores propostos, mas isso não se reflete no desempenho efetivo dos trabalhadores, expresso, no caso da saúde, por qualidade da assistência (Scott, 1991).

Outro efeito observado é um movimento, mais evidente entre organizações hospitalares de maior porte ou recursos políticos, de busca de fontes alternativas de financiamento para diminuir a vulnerabilidade a essas políticas de indução. A legitimação da busca de fontes alternativas de financiamento tem criado alguns dilemas, como as duplas portas de entrada em hospitais públicos e privados.

O conjunto dessas ações e reações contribui para dar forma ao segmento hospitalar, seja redefinindo padrões de propriedade ou vinculação hierárquica dos hospitais, seja determinando, fortalecendo ou enfraquecendo a posição, no modelo assistencial, de formatos organizacionais específicos com graus distintos de incorporação tecnológica e função no sistema (Santos & Gerschman, 2004). As tendências para o segmento hospitalar público do SUS parecem ser a persistência do modelo de administração pública direta para os segmentos menos qualificados, com uma quantidade crescente de hospitais com número médio de leitos e densidade de incorporação tecnológica reduzidos, e a adoção de modelos alternativos, já observada há algum tempo em hospitais com maior grau de sofisticação tecnológica.

A dependência do setor hospitalar do financiamento federal tende a se agravar com as pressões da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) sobre as municipalidades, sendo bem possível que a política especial para pequenos hospitais do SUS já seja uma expressão dessas pressões. A concomitância do elevado custo de manutenção hospitalar e restrições impostas à capacidade de financiamento dos municípios pela LRF levam a crer que o governo federal venha a ter crescente influência sobre o destino do parque hospitalar público.

Entretanto, uma vez que os gestores dos serviços de saúde são os municípios, não se pode deixar de examinar as políticas adotadas para o segmento hospitalar nesse nível. São essas políticas locais que fizeram proliferar pequenos hospitais municipais e, pelo fato de serem as que têm repercussões mais imediatas sobre o sistema, podem apresentar outros desdobramentos ainda não previstos. Essas administrações podem, por exemplo, movidas por motivações as mais diversas, resolver adotar modelos alternativos de gestão, por exemplo, e isso poderia mudar inteiramente o perfil atual do sistema hospitalar. Iniciativas locais com impacto sobre operação e perfil dos hospitais □ inovações estimuladas pela descentralização (Gerschman, 2001) □ precisam ser consideradas na descrição do ambiente institucional.

5.2.6.2. Conformação do poder político

A conformação política e os arranjos institucionais hegemônicos na saúde e suas implicações para o segmento hospitalar foram discutidos em artigo anterior (Santos & Gerschman, 2004). O campo da saúde, desde antes da constituição do SUS, vem sendo modelado por atores com forças de pressão distintas e cambiáveis, que incluem a tecnoburocracia ministerial, prestadores privados, o Movimento Sanitário, o Banco Mundial, os Conselhos de Secretários Municipais e Estaduais, o segmento dos planos de seguros de saúde, consumidores e o governo federal (Misoczsky, 2002), além de outros grupos de interesse (como empresários do complexo médico-industrial, empresários que financiam planos de saúde para seus funcionários e os profissionais de saúde mediante suas associações e estratégias corporativas). Para todos eles e por razões distintas, os destinos do segmento hospitalar público têm particular relevância.

No plano mais local da gestão hospitalar, as configurações dos poderes políticos municipais e estaduais, que interferem na gestão dos hospitais públicos, podem incluir grupos de interesse também ligados ao empresariado da saúde e dos insumos hospitalares, Conselhos de Saúde, associações de usuários, sindicatos e associações profissionais, políticos e profissionais de saúde. A dinâmica desses campos é pouco explorada na literatura nacional.

5.2.6.3. Mecanismos de escolha de lideranças

Lideranças são aqui conceituadas no sentido estrito de quadros dirigentes dos hospitais, mas podem abranger uma definição mais ampla. O impacto da liderança no desempenho organizacional é objeto de diversos estudos que apontam forças de associação variáveis entre liderança e desempenho organizacional. A tendência na literatura administrativa tem sido considerá-la como um fator determinante do bom desempenho organizacional (Rivera, 2003).

O processo de escolha de lideranças é determinado por embates políticos e estruturado por mecanismos institucionais. O surgimento e o *pool* de lideranças dependem do arcabouço institucional que rege a designação e a formação de dirigentes para um setor. Depende, também, de em que medida os dirigentes são uma *commodity* homogênea, em função de baixo *turnover*, de uma dinâmica institucional burocrática e pouco aberta a inovações e da uniformidade na formação (escolas de gestão uniformizando enfoques administrativos e visões de mundo). Um aumento da heterogeneidade de líderes potenciais pode, em algum momento, aumentar a capacidade das lideranças de afetarem o desempenho organizacional (Mentzer, 1993).

Em organizações públicas, os três elementos que modelam e controlam a capacidade de liderança são as relações entre políticos e burocratas, a definição dos papéis do dirigente e a forma de organização do serviço público (Halligan, 2003).

O foco no controle político pode dar margem a três desenhos distintos para cargos diretivos: o da neutralidade, gerada pelo insulamento burocrático em uma carreira; o do controle dos cargos pelos políticos, em que os cargos são distribuídos pelos políticos como cargos de confiança, mas não necessariamente ocupados por eles; e o da politização, que consiste na ocupação dos cargos pelos próprios políticos (Halligan, 2003).

O Brasil, onde aparentemente a tendência mais geral é os cargos de direção de hospital integrarem um amplo pacote de cargos de livre provimento disponibilizado ao poder executivo, se encaixaria no segundo modelo. Há quem considere a livre nomeação um bom modelo, que aproxima a forma de designação para cargos de gestão de regras do mercado privado, com disputa pelos servidores mais bem qualificados (Marconi, 2003).

A única exigência para a ocupação do cargo de direção de hospital público é a imposta pela Portaria GM/2225 (Brasil, 2002), que passou a exigir para diretores de hospitais do SUS, graus de capacitação variáveis segundo o porte do hospital (curso de aperfeiçoamento ou especialização) e, no caso de hospitais de maior porte, experiência prévia no cargo. Como se trata de uma norma recente, não há como saber em que medida ela é cumprida.

Há também o interessante estatuto da eleição das direções de organizações públicas pelo corpo de funcionários que deixa de fora do colégio eleitoral uma parte interessada crucial – a sociedade. Esse parece ser um padrão típico de hospitais universitários e outras organizações com maior poder de barganha política ou múltiplas fontes potenciais de financiamento e é um padrão que não é estranho à lógica corporativa dos profissionais de saúde.

A composição dos quadros de dirigentes da saúde e de organizações hospitalares pode variar muito entre países e, no Brasil, é possível que varie em diferentes Estados e municípios. Abarca desde funcionários de carreira, até profissionais oriundos da academia e da iniciativa privada e quadros políticos, origens essas que certamente repercutem em como encaram seus papéis. Um levantamento do perfil de diretores de hospitais do SUS, seus percursos na burocracia da saúde e na carreira e aspectos de seu *modus operandi* administrativo e político, forneceria elementos para estudar como as

direções de hospitais vem se estruturando e vão se configurando como tecnoburocracias políticas.

O estudo sobre o perfil de secretários de saúde (Bloch, 1999) apontou informações interessantes. O indicador associado de modo mais expressivo com a ocupação do cargo de Secretário Municipal de Saúde não foi nem experiência administrativa de direção em órgão público nem filiação político-partidária, mas experiência associativa - participativa, expressa, principalmente, por participação em eventos setoriais e em entidades representativas de Secretários de Saúde. Esse achado corrobora a tese de as decisões setoriais tenderem, cada vez mais, a se concentrar nos espaços associativos de Conselhos Estaduais e Municipais de Secretários de Saúde (Labra, 2003).

Outro desdobramento dessa concentração de poder diz respeito às eventuais progressões da “carreira” entre diretores de hospitais para outros cargos na saúde. Um funcionário público tende a não ocupar os cargos mais altos de sua organização, como os de Secretário de Saúde, a menos que estabeleça vínculos políticos.

A criação de uma carreira de diretores de hospital, na forma de uma burocracia insulada já foi aventada como possível solução para os impasses no setor hospitalar. É possível que a adoção de um modelo de burocracia insulada para as direções de hospitais públicos imprimisse uma dinâmica muito diversa da atual, mas não necessariamente mais efetiva, à gestão dos hospitais. O desempenho de dirigentes públicos é condicionado por um conjunto de elementos muito mais amplo, que inclui o contexto político e o jogo de interesses e poder que conforma o campo organizacional, o tipo de compromisso desses dirigentes com o serviço público e as formas de contrato, incentivos e avaliação de desempenho (Halligan, 2003).

Poderíamos supor que são as próprias lógicas institucionais do serviço público, da sociedade e das corporações profissionais, que obstruem a criação de uma carreira de dirigentes hospitalares. Tendo em vista o potencial de uso clientelista e patrimonialista dos hospitais (Campos, 1991) e o nível habitualmente baixo de cobrança em relação a vários aspectos funcionais de que desfrutam muitos dos profissionais de saúde hoje, dificilmente haveria interesse em mudar esse quadro. A visibilidade dos sistemas e serviços de saúde na mídia pode estar contribuindo para induzir uma maior profissionalização da gestão, mas talvez não para um aprimoramento institucional no sentido de maior responsabilização em todos os níveis.

A lógica institucional da liderança nas profissões de saúde é a lógica mestre-aprendiz, em que a liderança é atribuída àquele com maior experiência, perícia e responsabilidade técnica. Esta é uma lógica muito hegemônica nas organizações de saúde (Davies & Harrison, 2003) e contribui para preservar o padrão de ampla ocupação dos cargos de direção de hospitais públicos por médicos (Ribeiro et al,2001). Países que tentaram reverter essa lógica, como a Inglaterra, vêm sentindo duramente as resistências a essa mudança institucional (Davies & Harrison, 2003).

5.2.6.4. Regras de decisão

Ao contrário do eixo regulatório, que abarca regulamentos e práticas pertinentes à operação dos hospitais, neste domínio de variáveis ficam concentradas as regras e práticas que regem processos de tomada de decisão. Immergut (1992) fez um cuidadoso levantamento de como diferentes “desenhos institucionais” e seqüências de procedimentos criam pontos de veto específicos e condicionam decisões coletivas.

Por analogia, caberia aqui elencar as instâncias institucionais e instrumentos que pautam procedimentos decisórios, descrevendo as relações e seqüências decisórias regulamentadas para a atuação de Conselhos de Saúde, Agências vinculadas à Saúde, distintos departamentos do Ministério da Saúde e instâncias sub-nacionais e outros níveis do poder executivo e demais poderes.

É importante, também, pesquisar o uso de instrumentos como Consultas Públicas e a forma como as sugestões da sociedade são incorporadas, o grau de transparência das decisões e publicidade dos mecanismos decisórios.

No nível local, são variáveis importantes os procedimentos adotados para tomada de decisões pertinentes à administração e ao planejamento das ações e investimentos nos hospitais. Esses procedimentos podem subscrever critérios mais hierárquicos ou participativos e mais ou menos formalizados. Pode, também, importar na concessão de graus maiores ou menores de autonomia decisória ao Hospital e participação dos vários níveis gestores, profissionais e sociedade, mediada pelos Conselhos de Saúde, Comissões Inter-gestores ou outros fóruns.

A existência de fóruns permanentes para decidir sobre questões pertinentes ao Hospital, sua composição e periodicidade e as questões objeto de deliberação ou consulta também são importantes. Precisam também ser pesquisadas: a existência, composição, competência e prerrogativas de conselhos de gestão e ouvidorias (internas ou externas) hospitalares; a participação dos hospitais em órgãos colegiados do SUS

(frequência, grau de envolvimento expresso por cargos em Conselhos de Saúde); a participação dos Hospitais na elaboração do Plano Diretor Regional e da Programação Pactuada e Integrada; o grau de ingerência do próprio hospital sobre seu planejamento organizacional; e a extensão da implantação de inovações organizacionais não capitaneadas ou sugeridas por instâncias hierárquicas superiores, que caracterizariam inovações efetivamente indicativas de avanços nos processos de delegação e descentralização (Gerschman, 2001).

5.2.6.5. Padrões de uso e exercício do poder

Este é um tópico de pesquisa onde são nítidos os efeitos do fenômeno de institucionalização e reificação dos paradigmas, descrito por Jepperson & Meyer (1991). A brilhante enunciação das quatro gramáticas política brasileira — clientelismo e personalismo, universalismo de procedimentos, corporativismo e insulamento burocrático (Nunes, 1997) — institucionalizou um referencial que se transformou em premissa para a maioria das análises e modelos sobre esse tema. Parece que, sobre padrões de uso e exercício do poder, nada mais há a dizer.

A gramática é invocada sempre que é necessário explicar comportamentos políticos (e há alguns exemplos disto ao longo deste artigo), criando um poderoso filtro analítico e podendo desembocar em uma certa estagnação teórica em relação à dinâmica da configuração de atores e interesses.

No plano social mais amplo de uso e exercício do poder no setor saúde, é bastante citada e conhecida a utilização política do aparelho médico-sanitário, expressa, em sua vertente clientelista, tanto pela frequência de solicitação de acesso diferenciado a recursos de saúde por políticos quanto pela distribuição de benefícios por meio de extensão de cobertura populacional (Campos, 1991).

No plano das organizações de saúde, a captura do sistema de saúde por políticos e sindicatos (Melo, 2001) ou sua utilização clientelista (Campos, 1991) poderia ser dimensionada pela definição da frequência de solicitação de favores por políticos ou em seu nome e pela ingerência de políticos sobre as nomeações para cargos no hospital.

Outras formas de exercício e uso patrimonialista e clientelista dos serviços de saúde, por todos os níveis hierárquicos e segmentos profissionais, são descritas mais adiante.

Em relação ao Hospital público e aos serviços de saúde em geral, chama a nossa atenção um outro aspecto — a possibilidade de explorar o valor estratégico de nossa “cultura relacional” (Vaitsman, 2001) que fundamenta todas as mazelas de nossa gramática política. As novas abordagens a relações intergovernamentais têm, cada vez mais, reconhecido o valor das relações informais, mesmo quando predominam formas de governo centralizadas. Complexas questões de gerenciamento intergovernamental e de relações de governo horizontalizadas são resolvidas por alianças entre especialistas ou profissionais que transcendem o nível de governo em que atuam (Radin, 2003). A cultura corporativa dos profissionais de saúde não entra em conflito com esse traço.

Além disso, um dos argumentos centrais de Nunes (1997) era o do sincretismo cultural brasileiro e esta é uma agenda de pesquisa que merece ser resgatada em prol da melhor compreensão do ambiente institucional. Certamente nosso sincretismo cultural abriga, também, formas mais coletivas e socialmente responsáveis de exercício e uso do poder. É muito provável que valha a pena dedicar mais tempo a estudar a emergência e prevalência dessas outras gramáticas em todos os níveis de governo e da sociedade.

5.2.7. Eixo Normativo

No eixo normativo, seriam exploradas as variáveis que concorrem para definir a missão e os valores organizacionais. A missão organizacional encerra o papel da organização em estudo e do setor em que ela está inserida e, por contigüidade, o papel esperado dos diversos atores ligados ao setor.

Os domínios de variáveis explorados nesse eixo seriam “papel do servidor público *versus* papel do profissional de saúde”, “concepção dos dirigentes hospitalares sobre a natureza do seu papel”. Os valores organizacionais seriam examinados em conjunção com os domínios “preceitos éticos sustentados pelas lógicas institucionais dominantes nos hospitais públicos” e com práticas correntes que vão de encontro a esses preceitos. Seriam também discutidos “critérios de caracterização de desvio de conduta” e “credibilidade do sistema de sanções e incentivos e do sistema político”.

O eixo normativo informa os comportamentos apropriados em uma situação específica. Conselhos profissionais e outros tipos de associação corporativa seriam veículos de institucionalização de normas. Induzem comportamentos miméticos, que dependem do grau de identificação coletiva e de legitimação dessas associações de classe. De uma forma geral, cada lógica institucional prescreve uma normatização de

distinta, destacando-se, em hospitais públicos, as interações entre normas do funcionalismo público e das corporações profissionais.

5.2.7.1. Papel do servidor público versus papel do profissional de saúde

Embora nossos órgãos públicos sejam regidos por um conjunto de regulamentos que incorpora os princípios gerais da administração burocrática comuns ao serviço público de outros países parece que, na América Latina, a conformação histórica do serviço público fez com que não desenvolvêssemos um sentimento de serviço público como o europeu ou o americano (Nef, 2003). No contexto atual, fortemente dominado pelo receituário da reforma de Estado e do Estado mínimo, é mais difícil ainda delinear uma normatização para o serviço público no Brasil.

Com o desaparecimento do INAMPS e as “cruzadas” contra os “anéis burocráticos” e “marajás”, acrescidos da incorporação do receituário da Reforma de Estado, caem o prestígio e a legitimidade do serviço público, que passam a ser sustentados pelo Estado apenas para algumas carreiras.

Essa perda da legitimação estatal é particularmente percebida nas áreas que a Reforma de Estado considera como de atuação não exclusiva do Estado. Observa-se, assim, uma acentuada redução da burocracia pública federal e de sua influência na formulação de políticas, particularmente nas áreas sociais. A burocracia rigorosamente “técnica” da saúde, a quem cabe propor, refinar e detalhar formulações para as políticas, adquire características voláteis, e passa a resumir-se, principalmente, a quadros recrutados da academia, consultores temporários contratados no mercado e consultores internacionais, com vínculos trabalhistas precários e sem a estabilidade necessária à formação de massa crítica. A remuneração desses quadros, muitas vezes, é intermediada por organismos internacionais, como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e por convênios de cooperação técnica.

Simultaneamente, aumenta a proeminência das burocracias “políticas” inter-governamentais, concentradas nas Comissões Intergestores e nos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais, cujos principais interesses estão ligados a questões locais e aos mecanismos de financiamento e sua redistribuição. Essa burocracia de base política passa, cada vez mais, a ser a responsável pela formulação “técnica” das políticas. Cria-se, assim, um possível vácuo nas bases técnicas de formulação nas políticas sistêmicas para a saúde, o que facilita a incorporação pouco crítica de um ideário globalizado.

No plano local do hospital, os valores do serviço público combinam-se aos valores e padrões dos profissionais de saúde para criar um complexo modelo de influências (Ferlie et al., 1996).

Vaitsman (2001) realizou uma pesquisa com funcionários de um grande hospital público no Rio de Janeiro que mostrou, para todas as categorias profissionais pesquisadas, que a estabilidade era o principal motivo para ingresso no serviço público. Esse resultado é compatível com um padrão burocrático de carreira, que valoriza a estabilidade acima de incentivos ligados a resultados e pode comprometer as possibilidades de êxito de modelos de gestão de base gerencialista no serviço público.

Nas esferas mais profissionalizadas do serviço público, a principal identificação dos servidores parece ser com sua categoria profissional de base e não com uma categoria geral de servidores públicos. Esse mesmo padrão tende a se repetir nas organizações de saúde, consideradas “organizações profissionais” com forte dominância do núcleo operacional, que executa o trabalho básico diretamente relacionado à prestação do serviço (Mintzberg, 2003).

O hospital encerra, além de profissionais de saúde, uma significativa atividade de apoio que não pode ser definida como típica de profissionais de saúde e que é alvo de crescente terceirização: atividades de hotelaria (limpeza, alimentação, segurança, rouparia e lavanderia, guarda e distribuição de material) e o trabalho de recepção e cadastro de pacientes.

Os primeiros contatos do paciente com a organização de saúde tendem a ser delegados a funcionários mais identificados com lógicas burocráticas do que com preceitos das profissões de saúde, o que explica a freqüente impessoalidade desse contato, estranha aos princípios da relação profissional de saúde-paciente. Com a terceirização dos setores de recepção, esse padrão pode ter mudado.

Na prática ocorre, também, uma circulação de lógicas institucionais entre as diferentes categorias de funcionários, que culmina na incorporação de uma normalização burocrática pelo profissional de saúde servidor público e na infusão de princípios e valores mais identificados com profissionais de saúde, inclusive a lógica das organizações profissionais, nos outros funcionários.

5.2.7.2. Concepção dos dirigentes sobre a natureza de seu papel

Além da concepção dos trabalhadores dos hospitais públicos sobre o serviço público e seu grau de incorporação de lógicas burocráticas, outra variável importante

neste eixo é a concepção dos dirigentes sobre a natureza do seu papel (Halligan, 2003). Weber (2002) considera que existam duas categorias de funcionários públicos. O funcionário especializado ou burocrata “autêntico” e o funcionário “político”. Um funcionário autêntico não faz política, mas administra com imparcialidade. A parcialidade, a luta e a paixão caracterizariam o elemento político.

No caso dos hospitais, a concepção sobre o serviço público tende a ser impregnada da lógica institucional das corporações de saúde. O dirigente hospitalar, que costuma ser um profissional de saúde, considera-se menos um funcionário público do que um profissional de saúde, mesmo quando é oriundo dos quadros do serviço público. A pouca identificação com o serviço público contribui para que o dirigente hospitalar não se sinta um burocrata, embora aja como tal a maior parte do tempo.

Outro elemento que traduz uma normatização de papéis e que tem grande impacto na gestão é a forma como os dirigentes hospitalares concebem sua relação com seus hierárquicos superiores e com o serviço público. Segundo Manning et al (2000), os papéis do dirigente público podem ser compreendidos nas perspectivas da teoria principal-agente, agente norteado por princípios (*principled - agent*) e patrono-cliente, identificados, respectivamente, com modelos de administração gerenciais, burocráticos e patrimonialistas.

No primeiro caso, a relação seria baseada na desconfiança recíproca e em um contrato, com ênfase em incentivos monetários, clareza da missão e mecanismos de monitorização do contrato, fortemente centradas em arcabouços regulatórios. Essas são as bases da administração gerencial e da contratualização, proposta como ferramenta para aprimoramento da gestão dos hospitais públicos.

No segundo, a do “agente norteado por princípios” (*principled-agent perspective*), a liderança e um sentido de missão são considerados fundamentais no relacionamento com o cargo de direção e os superiores, o que implica menos destaque para relações contratuais e financeiras e ênfase em arcabouços normativos. Essa perspectiva enfatiza missão, confiança e carreiras profissionais de longo prazo, que tornem importantes os retornos centrados na reputação profissional. Essa é a base da administração burocrática e dos valores próprios do serviço público.

No terceiro caso, o de um padrão de relacionamento “patrão-cliente”, a informalidade e inexistência de regras, carreiras e objetivos políticos claros são precondições para os usos patrimonialistas do sistema, baseados em lealdade pessoal. A relação entre o dirigente hospitalar e seu superior baseia-se no reconhecimento dos

mútuos benefícios que ambos podem derivar dessa relação e enfatizam o relacionamento em longo prazo, a informalidade e a falta de necessidade de mecanismos de monitoramento consistentes, uma vez que a lealdade é a base para os ganhos mútuos.

É provável que, no Brasil, ainda predomine essa última forma de relação entre dirigentes hospitalares e superiores hierárquicos, havendo, entretanto, potencial para implantação das outras duas. O padrão gerencial de administração vem sendo fortemente promovido, mas muitos estudiosos da burocracia pública acreditam que talvez nunca tenhamos de fato experimentado um padrão burocrático (Loureiro & Abrucio, 1998), o que torna improcedente entre nós a crítica aos padrões de administração burocráticos que serve de argumento para a recente onda de reformas do serviço público em âmbito internacional.

5.2.7.3. Preceitos éticos nas lógicas institucionais dominantes

Os valores são aqui discutidos na perspectiva de valores socialmente normatizados, abrangidos pelos “valores centrais” do serviço público e pelos preceitos éticos das profissões de saúde e princípios do SUS.

Os preceitos éticos do serviço público são semelhantes na maioria dos países ocidentais. Portanto, são elencados os valores fundamentais do serviço público descritos em pesquisa realizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2000). Foram citados como princípios do serviço público, em ordem decrescente de frequência: imparcialidade, legalidade, integridade, transparência, eficiência, equidade, responsabilidade e justiça.

Os princípios norteadores da atuação dos profissionais de saúde são os da ética biomédica, em número de três: o da beneficência (ajudar as pessoas a promover seus próprios interesses sem jamais causar o mal □ “*primum non nocere*”); o da autonomia (pessoas com capacidade de tomar decisões devem tomar suas próprias decisões e ser livres para agirem como quiserem) e o da equidade (Beauchamp & Walters, 1989).

Os princípios do SUS pertinentes a este eixo são os da universalidade (atender a todos, sem distinções, restrições ou custo), integralidade (direito a atenção em qualquer nível de complexidade), equidade (disponibilizar recursos e serviços de acordo com as necessidades de cada um).

Os preceitos éticos dessas três lógicas dominantes apresentam como ponto de convergência a universalidade e a equidade, cuja expressão compete com os traços relacionais e particularistas da cultura latino-americana (Nef, 2003) e gera contradições institucionais.

Uma das expressões das contradições entre princípios da administração pública e do SUS e práticas das organizações públicas de saúde seria o fato de grande número de servidores públicos ser beneficiário de planos de saúde comerciais ou estar vinculado a sistemas fechados de atenção médica co-financiados pelo Estado (Ibanez et al, 2003).

Em alguns casos, a adesão a essas coberturas alternativas é obrigatória. No limite, é complicado acreditar que o sistema de saúde seja universal e equitativo quando a própria administração pública investe na lógica de segmentação. Fica, assim, reforçada a norma de que o SUS é uma forma de atendimento para “quem não tem condições”, o que legitima sua eventual evolução para políticas mais focalizadas junto aos profissionais de saúde e servidores públicos. Pesquisar o papel do SUS internalizado pelos hospitais públicos implicaria sondar como seu corpo de funcionários efetivamente se posiciona em relação aos princípios do SUS, principalmente os da universalidade e equidade.

É possível que essa dificuldade do endosso efetivo aos princípios universalistas do SUS seja também a expressão de uma dificuldade histórica de legitimação de princípios universalistas, cujos impactos sobre o SUS foram discutidos em outro artigo (Santos & Gerschman, 2004). A superposição de uma proposta de um sistema público universalista a um sistema de base corporativa, com base em corporações profissionais, pode ter contribuído para acentuar desigualdades na oferta.

Fica, assim, novamente ressaltado um traço cultural relacional com o “próximo”, que parece não incorporar uma inclusão social mais ampla e universal. Nosso caminho até uma cultura mais igualitária provavelmente será diferente daquele trilhado por países europeus, onde os posicionamentos mais igualitários que levaram à criação de Estados de Bem-Estar Social, podem ter sido forjados, entre outros, pelas seguidas catástrofes coletivas a que foram expostos (principalmente as Grandes Guerras), que expuseram a fragilidade coletiva e comum a todos de forma muito cabal.

5.2.7.4. Critérios de caracterização de desvios de conduta

Conceituados de forma ampla, os desvios de conduta seriam expressões práticas de transgressão a algum dos preceitos éticos nas lógicas institucionais dominantes e seria importante descrevê-los nessa perspectiva.

Entretanto, em uma conceituação mais estreita, seriam consideradas apenas práticas que expressassem transgressões ao arcabouço legal formalmente definido. No serviço público e em organizações da administração pública, transgressões dessa ordem seriam genericamente enquadradas na categoria corrupção.

Em função da acentuada ênfase na dimensão regulatória e legal do ambiente institucional, as vertentes do neoinstitucionalismo vinculadas à nova economia institucional têm dedicado grande atenção à corrupção, adotando a percepção dos níveis de corrupção pelos diversos agentes de um sistema como *proxies* dos níveis de corrupção (Di Tella & Savendorff, 2001; Manning et al, 2000).

Na perspectiva da teoria econômica, a corrupção é um custo de transação espúrio a ser suprimido. A supressão da corrupção seria apresentada como uma das justificativas para introduzir lógicas privadas na administração de hospitais públicos. Em princípio, "em um ambiente perfeitamente competitivo não haveria excedentes de lucro para pagar suborno" ou ser conivente com práticas ilícitas (Di Tella & Savendorff, 2001).

Sob uma óptica alternativa, a corrupção, principalmente como práticas consensualmente incorporadas, poderia ser considerada uma forma de resistência social às instituições e mereceria ser estudada como tal. Há formas de corrupção a tal ponto assimiladas por determinadas comunidades que poderíamos considerá-las quase legitimadas pelas lógicas institucionais hegemônicas.

Nos hospitais, uma conceituação ampla de corrupção incluiria práticas que às vezes sequer são percebidas como ilícitas, que incluiriam desde "furar a fila" (ou tratamento preferencial a amigos, conhecidos ou indicados políticos) até absenteísmo ("esquemas" de horários dos profissionais) e "substituições" (ceder um cargo público para ocupação provisória por outrem).

Favoritismo na definição de cargos e promoções, roubo de material, uso de estabelecimento público ou de seus recursos para apoio a práticas privadas (como exames de pacientes particulares feitos no sistema público em regime preferencial), cobranças por serviços de clientela pública e encaminhamento de demanda pública para estabelecimentos particulares redundando em ganhos pessoais completariam uma lista

que culmina em super-faturamentos nas licitações e outros delitos de consensual gravidade (Di Tella & Savendorff, 2001).

Corrupção é um conceito socialmente estruturado, determinado pela forma como comunidades ou sociedades específicas encaram deslizes de conduta e pela credibilidade dos sistemas de supervisão e sanções. Os processos judiciais e a aplicação de sanções são, também, estruturados por concepções sociais e teóricas leigas sobre o tipo de pessoa e as condições que tendem a gerar a transgressão (que criam critérios para caracterizar a necessidade de punição de desvios de conduta) e pelas expectativas impostas sobre um sistema regulatório-jurídico ao qual foi confiada a autoridade legal para controlar desvios (Arnold & Hagan, 1993).

No Brasil, talvez mais que em outros países, a interpretação das leis e da gravidade do delito depende de quem está do outro lado da questão. A flexibilidade da interpretação sobre eventuais desvios de conduta depende da avaliação que fazemos da pessoa julgada e, consoante com nossa cultura relacional, da natureza de nosso relacionamento com a pessoa (Prates & Barros, 1997).

No que tange aos delitos praticados pelos profissionais de saúde que atendem diretamente a população, como absenteísmo e tratamento preferencial a amigos, é possível que a própria sociedade preserve uma imagem favorável desses profissionais de saúde e tenda a não culpabilizá-los. As condições que geram a transgressão – más condições de trabalho, baixos salários, desprestígio político e profissional e o aparente descaso político em relação ao setor da saúde □ também atuam como fatores atenuantes

Quanto a delitos praticados por administradores, políticos e funcionários públicos, pode ser que estejamos assistindo a mudanças, para as quais concorrem a imagem social desfavorável dos transgressores e a ausência de fatores atenuantes identificáveis.

5.2.7.5. Credibilidade do sistema de sanções e incentivos e do sistema político

A credibilidade do sistema de sanções e incentivos é bastante valorizada nas discussões sobre ambiente institucional e responsabilização (*accountability*). De uma perspectiva exclusivamente regulatória, quando a probabilidade de detecção e sanção é nula (ou seja, os sistemas de controle não têm credibilidade), nenhum reforço positivo ou negativo é suficiente para garantir a honestidade (Di Tella & Savendorf, 2001).

A credibilidade do sistema de sanções e incentivos pode ser mensurada pela crença na possibilidade de detecção ou punição de práticas ‘desviantes’, pela gravidade

atribuída ao desvio e pela crença na observância das regras ou no mérito como critério de acesso a recompensas.

Entretanto, todos os eixos institucionais trazem embutidos em si mecanismos de reforço à adoção de padrões comportamentais específicos, que contribuem para aumentar ou reduzir a adesão a eles (Jepperson, 1991). No eixo regulatório, essas sanções e incentivos se traduziriam em incentivos financeiros ou sanções financeiras e judiciais; no eixo político, por aumento ou perda de prestígio; no eixo normativo por reconhecimento social ou ostracismo; e, no eixo cultural-cognitivo, por sentimentos de pertencimento ou isolamento social (Santos & Gerschman, 2005).

Como atestam sociedades asiáticas, a honestidade inscrita como valor na dimensão normativa e legitimada pelo poderes constrangedores do reconhecimento social ou ostracismo pode ser mais eficiente do que qualquer aparelho coercitivo, sanção ou incentivo formalmente inscrito no eixo regulatório. Já na sociedade americana, o “sucesso” é fortemente identificado com incentivos financeiros. Nela, multas, processos e altos salários têm alto poder de mobilização social. Prates & Barros (1997) trazem uma interessante reflexão sobre a cultura administrativa brasileira ao apontarem que sistemas de premiação são pouco pesquisados e desenvolvidos em nosso país. Assinalam que parece que atuamos sob a perspectiva da punição, onde o prêmio seria a impunidade, e que ainda não conseguimos identificar que tipo de prêmio pode atuar como estímulo.

É bem possível que a tendência brasileira de percepção de incentivo esteja ligada a uma dimensão que não é nem normativa, como a asiática, nem exclusivamente financeira e regulatória, como a americana. O traço cultural hierárquico da sociedade brasileira, que valoriza o “sabe com quem está falando”, o “ser alguém na vida” e as estratégias de resistência ao poder constituído, ilustradas pela “lei do Gerson”, justificam uma atenção maior às dimensões políticas do incentivo, sobre as quais pouco se fala.

É bem possível que o prestígio, que é uma forma de poder social, seja o incentivo mais valorizado pela cultura nacional. Essa centralidade do prestígio aparentemente está na raiz de nossos traços culturais de formalismo (discrepância entre a conduta concreta e a norma prescrita) e impunidade, que poderiam ser entendidos como estratégias de resistência institucional e mudança social (Ramos, apud Prates & Barros, 1997). O prestígio seria a chave para o sucesso em uma “cultura relacional” como a nossa.

Nesse quesito, ser identificado como funcionário público pode ser um enorme *handicap* social. Um dos grandes desafios a ser enfrentado para obter mudanças no serviço público seria promover uma desconstrução de sua histórica imagem negativa e aumentar seu prestígio. Essa tarefa só poderia ser capitaneada pelo poder político, que, em si, também tem baixa credibilidade e, ultimamente, na perspectiva de reduzir o tamanho do Estado, tendeu a endossar diretrizes que oscilaram entre o gerencialismo (Vaitsman, 2001), que elitiza classes específicas de funcionário público, e uma tendência a desvalorizar o serviço público, ao destacar, de uma forma generalizante, seus privilégios e inoperância.

A baixa credibilidade do sistema político junto aos profissionais de saúde é expressa, na pesquisa de Vaitsman (2001), pela acentuada descrença em mudanças no setor público (“mudanças no setor público não dão certo devido a interesses políticos”) e pela crença de todas as categorias profissionais de “que quem costuma se dar bem no serviço público é quem tem padrinho político”.

Diante da fragilidade do prestígio social do funcionário público, os trabalhadores de hospitais públicos tendem a se considerar, prioritariamente, profissionais de saúde e, talvez, a priorizar preceitos éticos e normativos identificados com suas corporações profissionais.

5.2.8. Eixo Cultural- cognitivo

O eixo cultural-cognitivo está ligado à valoração do mundo, à formação de juízos e a percepções sobre o futuro. Determina a forma como os indivíduos interpretam dados e informações advindos do ambiente e inclui os filtros que dificultam ou aumentam a percepção de aspectos específicos (Peters, 1999). Neste eixo, são examinadas as crenças e concepções compartilhadas e enquadramentos interpretativos que conferem sentido à realidade social. No eixo cultural-cognitivo, são analisados domínios de variáveis que embasam a definição da visão de futuro da organização - “cenários vislumbrados para o hospital no SUS e para o serviço público no futuro” e “paradigmas gerenciais dominantes”.

Na perspectiva de análise institucional que inclui os planos societários mais amplos, esta dimensão do ambiente institucional incorpora concepções socialmente legitimadas sobre os hospitais e como eles funcionam. Nos aproximamos, assim, da definição de ambiente institucional proposta por Tolbert (1985), para quem o conceito

ambiente institucional expressa “consensos e expectativas sociais sobre o funcionamento esperado de uma organização”.

Os principais veículos de institucionalização de práticas e crenças neste eixo são os aparelhos formadores e os meios de comunicação (mídia). Os aparelhos formadores têm um papel mais específico na comunicação política, ao disseminarem paradigmas cognitivos que, a maior ou menor prazo, são assimilados pelas organizações e formuladores de políticas (Miguel, 2004).

A mídia tem uma penetração mais generalizada na sociedade, com atuações tanto no eixo normativo — criando hábitos de consumo e efetuando o *merchandizing* de comportamentos socialmente valorizados, por exemplo — quanto no eixo cultural-cognitivo — ao disseminar e reforçar opiniões e pontos de vista e propor agendas sociais e políticas.

A teoria da definição de agenda pela mídia sustenta que a cobertura pelos meios de comunicação afeta a seleção de questões consideradas importantes e as opiniões que a sociedade tem sobre elas. Questões que não integram a experiência direta dos indivíduos são mais afetadas pela força de definição de agendas da mídia do que aquelas experimentadas diretamente pelos indivíduos, indicando que experiência direta é mais poderosa do que a cobertura pela mídia.

Em compensação, um maior número de mensagens sobre um tópico gera um acúmulo de “massa” cognitiva, que consolida a opinião pública, criando um consenso social (Saltiel & Woefel, apud Yagade & Dozier, 1990). Assim, notícias repetidas sobre as deficiências dos hospitais públicos veiculadas pela mídia criam uma espécie de acomodação da expectativa social a baixos níveis de desempenho nessas organizações. Talvez esse seja o fenômeno responsável pelos altos níveis de satisfação registrados para o atendimento no SUS em pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde. A expectativa negativa pode transformar a experiência concreta em uma grata surpresa.

O eixo cultural-cognitivo do ambiente institucional traduz o papel crucial das idéias na formulação de políticas (Peters, 1999) e definição de diretrizes. Nos estudos organizacionais, apresenta afinidades com o conceito de “modelos mentais”, que se popularizou na literatura de gestão a partir do trabalho de Peter Senge (2000). Modelos mentais são “imagens internas profundamente arraigadas sobre o modelo do mundo, imagens que nos limitam a formas bem conhecidas de fazer e pensar”. (p. 201).

Neste eixo, portanto, foram alocados os domínios de variáveis “percepção das tendências futuras para hospitais, serviço público e SUS” e paradigmas gerenciais dominantes. A construção de visões de futuro é elaborada a partir dos valores e de intuições sobre a plausibilidade e legitimidade de distintos cenários futuros e dos paradigmas gerenciais dominantes.

5.2.8.1. Percepção das tendências futuras para hospitais, serviço público e SUS

As visões de futuro para o setor da saúde são baseadas na credibilidade do projeto SUS e em suas afinidades com preceitos das corporações de saúde, que aparentemente conformam a lógica institucional dominante no eixo cultural-cognitivo das organizações de saúde.

Além disso, visões de futuro sustentam-se não apenas em ideais e utopias, mas na plausibilidade que as pessoas atribuem a sua visão. Há hipóteses sobre o futuro, visões de futuro, que sequer são seriamente consideradas.

Assim, é importante pesquisar as tendências reconhecidas para o sistema de saúde e organizações hospitalares, que compõe possíveis cenários futuros na visão de seus principais atores. As concepções sobre a melhor forma de ofertar serviços endossadas por profissionais de saúde e formuladores de políticas tendem a ser disseminadas para a população. Nesse sentido, é importante verificar o grau de importância atribuído ao modelo hospitalar, o grau de incorporação tecnológica tido como ideal e a legitimidade de outras formas de ofertar serviços de saúde. Esses cenários são socialmente construídos e embasam visões de futuro. Desenham os “futuros possíveis”.

Um estudo Delphi realizado em 2000 (Piola et al, 2001) com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Ministério da Saúde e Universidade de Campinas pesquisou as percepções sobre tendências do sistema de saúde brasileiro para esta década, levantando opiniões e crenças de 138 "formadores de opinião". O objetivo declarado da pesquisa não foi ser usada como instrumento de predição (objetivo para o qual o método Delphi foi originalmente concebido), mas aproveitar “*as opiniões emitidas, no sentido de reforçar ou reorientar determinadas políticas e rever ou incrementar determinadas estratégias.....*”

Os aspectos pesquisados permitem determinar em que medida algumas visões de futuro e possibilidades de evolução do SUS já estão legitimadas como futuros plausíveis.

Quase 90% dos entrevistados acreditavam na manutenção da prioridade da proteção e promoção à saúde nos modelos assistenciais do novo milênio, o que confirma a força das políticas de prioridade para a atenção básica. Nessa mesma perspectiva de confluência com o ideário globalizado para a saúde, equidade (igual acesso a tratamento de igual necessidade) foi considerada como objetivo prioritário das políticas de saúde nos próximos anos (71,7%), mas 60,8% não acreditavam na possibilidade concreta de o sistema de saúde reduzir desigualdades em saúde.

Quase a metade acreditava em restrições na cesta de serviços e mais da metade considerava que Conselhos e Conferências de Saúde têm pouca eficácia como instrumentos de participação social, mas se mostravam otimistas quanto ao futuro desses instrumentos.

A maioria previa redução do papel de prestação direta de serviços dos Estados e municípios, com transformação dos hospitais e outras unidades operadas pelo setor público em “entes públicos do direito privado” com maior autonomia, porém submetidos a “alguma forma” de controle social.

Apenas 13,8% dos entrevistados acreditavam que o setor público apresentasse maior crescimento na oferta de serviços na próxima década e as opiniões ficaram divididas em relação à possibilidade de universalização do PSF e às tendências de aumento ou redução das duplas portas de entrada.

A quase totalidade apostava no aumento das despesas com saúde, mas achava que o ritmo de aumento dos gastos privados seria superior ao do gasto público. A previsão era de que a gratuidade do SUS seria mantida, mas haveria um aumento na cobertura de planos e seguros de saúde.

Todas essas tendências, que representam cenários legitimados, concorrem para pautar os comportamentos e desempenhos das organizações de saúde.

5.2.8.2. Paradigmas gerenciais dominantes

A importância das idéias na formulação de políticas e nos processos de gestão é amplamente reconhecida pelos teóricos do neoinstitucionalismo de inserções disciplinares as mais diversas (Peters, 1999). Paradigmas dominantes nos vários campos da vida social podem constituir-se em importantes motores da dinâmica institucional.

No Brasil, os padrões gerenciais adotados na gestão hospitalar pública e na administração de empresas privadas apresentam significativas convergências,

traduzindo as idéias dominantes sobre a melhor forma de administrar organizações ao longo do tempo.

A história da administração das empresas privadas Brasil encerra três fases (Grün, 1999). A primeira fase seria a da "administração empírica", quando os donos das empresas cuidavam de seus empreendimentos com base em uma lógica de confiança. O "responsável" ou "encarregado" era aquele que era leal ao dono do negócio e a competência técnica, embora desejável, não era prioritária. Esse é um critério ainda bastante comum na nomeação de diretores de hospitais públicos.

A segunda fase corresponderia à da administração profissional, quando os critérios técnicos de seleção dos dirigentes passam a ser mais importantes do que a lealdade isoladamente e a aplicação de mecanismos de controle contábil indireto relativizam a importância da confiança. Em algumas situações, observamos na gestão hospitalar pública no Brasil um desenvolvimento incompleto dessa segunda fase.

Ainda inconclusa a fase da profissionalização da gestão, emergiu o paradigma da revalorização dos processos de trabalho e da conscientização da qualidade. Essa nova orientação implica uma alteração importante na lógica da gestão das organizações, traduzindo-se nos paradigmas da gestão participativa e do "foco no cliente".

Grün destaca, também, a existência de um modelo alternativo de empresa, não mais centrado na comunidade que se forma dentro (trabalhadores) e em torno das organizações (usuários), mas na comunidade de financiadores. A hegemonia desse modelo confere destaque a critérios como retorno, eficiência e produtividade.

É nesta última onda de paradigmas que se insere a idéia da autonomia gerencial, hoje apresentada, tanto em âmbito federal quanto nos Estados e municípios politicamente mais influentes, como um paradigma potencialmente transformador do desempenho de hospitais públicos (Banco Mundial, 2004).

Em maior ou menor grau, todos os tipos de organização, inclusive o próprio Estado, passaram a ser presa das exigências de maior eficiência e "foco no cliente". As propostas de reforma de Estado e do *new public management* poderia ser considerada uma estratégia centrada nesse paradigma da ação administrativa.

A idéia da "autonomia" gerencial ("autonomização") é, ao lado da "privatização" e da "publicização", um dos padrões de reforma constantes nos receituários das reformas de Estado (Ribeiro et al, 2000).

Apesar da ausência de evidências consistentes de que de fato contribua diretamente para maior eficiência organizacional (Mobley & Magnussen 1998), a

autonomia gerencial é apresentada pelo aparelho formador de gerentes e por consultores internacionais como a saída para a “crise” dos hospitais públicos (cuja causa é sua “ineficiência”), no bojo de discussões sobre inovações e modelos alternativos de gestão.

Dessa forma, tende a ganhar legitimidade entre os gestores (Ribeiro et al, 2001) e formadores de opinião (Piola, 2001). Entre esses últimos, mais de 70% acreditavam na redução do papel de prestação direta dos serviços de saúde por estados e municípios, com crescimentos de modalidades gerenciais baseadas em maior autonomia gerencial.

Entretanto, a prescrição de autonomia gerencial é apenas uma aplicação da teoria da dependência de recursos. Outras teorias organizacionais mereceriam ser consideradas nesse debate. A disseminação desse paradigma gerencial nas organizações de saúde ocorre em detrimento de uma discussão mais profunda sobre o ambiente institucional, que poderia ser um fator condicionante do sucesso ou do fracasso dessas iniciativas. Além disso, pouca menção se faz aos recursos cada vez mais minguados para o setor hospitalar, destacando-se a ineficiência e a falta de flexibilidade gerencial como problemas.

Embora existam importantes limitações a abordagens transformadoras radicais em organizações profissionais do serviço público (McNulty & Ferlie, 2004) e a implantação da autonomia gerencial talvez não chegue a se concretizar em uma escala significativa, adotar esses modelos sem condicioná-los a profundas mudanças no ambiente institucional pode comprometer seriamente a capacidade de gestão dos hospitais pelo poder público. Além disso, os hospitais correm o risco de ganhar autonomia para gerir uma quantidade cada vez mais minguada de recursos e o direito de se transformarem, ainda mais diretamente, nos bodes expiatórios da “ineficiência” do sistema.

Por outro lado, a associação entre autonomia gerencial e escassez de recursos em hospitais públicos pode contribuir para criar um movimento associativo inédito de diretores de hospitais do SUS, consolidando a formação de uma nova instância tecnoburocrática (ou a institucionalização de um novo ator) no SUS. Este seria o desdobramento potencial mais interessante desta proposta.

5.2.8.8. Conclusões

Nossa intenção foi propor um conjunto de variáveis que podem permitir caracterizar o ambiente institucional dos hospitais públicos do Sistema Único de Saúde.

No limite, discutimos as várias dimensões do ambiente institucional que incidem em hospitais públicos do SUS, sugeridas pela base bibliográfica disponível.

O método consistiu em definir um arcabouço exploratório para ambiente institucional e selecionar, dentro deles, domínios de variáveis consideradas capazes de influenciar a gestão dos hospitais públicos do SUS e as conformações futuras desse parque hospitalar público.

Em função da magnitude da tarefa, reconhecemos a superficialidade com que as variáveis foram abordadas. Entretanto, elas compõem um conjunto de tópicos cuja pesquisa pode ser aprofundada e cuja análise articulada pode contribuir para uma melhor compreensão da dinâmica institucional do SUS.

Diversos aspectos citados como expressões do ambiente institucional □ desde a atuação de mecanismos de controle e tratamentos preferenciais a amigos e indicados políticos, passando por fatores que poderiam explicar o baixo envolvimento dos diretores de hospitais, aos mecanismos que poderiam reforçar a responsabilização e prestação de contas dos gestores (*accountability*) e até os cenários validados como possíveis desenvolvimentos futuros do SUS □ podem interferir na qualidade dos serviços hospitalares e no futuro do SUS, ao modularem práticas, expectativas e compromissos.

Estas e outras características do ambiente institucional podem interferir também com o sucesso de propostas de mudança gerencial ou com a capacidade de estimular “inovações” ou intervir na qualidade dos serviços oferecidos pelos hospitais.

Destacamos, em especial, alguns aspectos abordados ao longo do artigo:

1) O estudo do ambiente institucional põe em relevo a contradição entre a arquitetura institucional do SUS, mais inspirada em lógicas de governança do que em lógicas de governo, e a forte tradição “governista” de suas instâncias gestoras, desde a federal até a municipal. Simultaneamente, à lógica “governista” não parece ter correspondido capacidade de governo.

2) No plano regulatório, parece haver uma baixa utilização ou utilização disfuncional e pouco transparente de mecanismos e dispositivos de fiscalização disponíveis, embora esses mecanismos existam. Para avaliar a efetividade dessa dimensão regulatória, caberia considerar as práticas regulares de relação com organizações de fiscalização e as práticas regulares operativas que estruturam o relacionamento entre indivíduos e entre organizações.

3) Conflitos e contradições históricas na forma de definir papel do serviço público, aliados à penetração dos princípios da Reforma de Estado, contribuem para debilitar ainda mais nossa já frágil “cultura” de serviço público em favor da implantação de princípios mais “gerenciais” (inclusive a proposta de autonomia de gestão para os hospitais públicos), sem que tenham sido definidas as bases institucionais para essa transição. Simultaneamente, aumenta a proeminência das burocracias políticas inter-governamentais, concentradas nas Comissões Intergestores e nos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais, cuja agenda prioritária tende a comportar questões locais e a garantia de financiamento. Criam-se, assim, condições de vácuo potencial na formulação de políticas sobre o modelo assistencial, o que pode facilitar a incorporação de um ideário globalizado.

4) Cenários locais (estudos sobre descentralização e “inovações”) devem ser, sempre que possível, pesquisados de forma articulada com políticas federais que, no último século, são os de maior influência no cenário político nacional. Essa perspectiva de análise pode aumentar nossa capacidade de apreciar os resultados da descentralização, pois ajuda a entrever em que medida aparentes “inovações” correspondem, na prática, à incorporação de medidas propostas por mecanismos de indução federais.

5) Vale a pena refletir sobre o potencial de fortalecer estratégias cooperativas de gestão em todos os níveis de governo, que incorporem o traço relacional de nossa cultura, no sentido de facilitar o estabelecimento de associações espontâneas. Na literatura internacional sobre administração pública, laços relacionais profissionais são considerados uma ferramenta básica para estruturar as relações intergovernamentais entre órgãos de governo.

6) Nessa mesma perspectiva, é preciso pesquisar como o prestígio pode ser um mecanismo central de reforço e resistência às instituições na cultura brasileira. Desenhar arranjos institucionais que fortaleçam o prestígio, o sentido de importância política das pessoas fora de situações burocráticas (onde o prestígio seria apenas um reforço de nossos traços culturais hierárquicos), é um grande desafio para a consolidação do SUS, tanto nos hospitais e quanto nos Conselhos de Saúde (Gerschman, 2004). Pesquisar os mecanismos de resistência às instituições também pode ser um bom caminho para entender as transformações institucionais.

6. Conclusão

Não faz sentido estudar a gestão de hospitais públicos isoladamente do contexto institucional e político do Sistema Único de Saúde, como se política e gestão fossem categorias estanques na administração pública. A adoção de uma definição ampla e sistematizada de ambiente institucional, como a apresentada neste trabalho, pretendeu acoplar essas duas dimensões, privilegiando a perspectiva do Estado e da burocracia.

No primeiro artigo, descrevemos a interação entre contextos históricos, equilíbrios de poder entre atores políticos e sociais e a evolução das políticas de saúde. O pressuposto foi o de que o formato de uma política social é condicionado pelos arranjos institucionais vigentes na sociedade e no campo que a produz e implementa. O formato assumido pelo SUS é influenciado pela força dos arranjos institucionais (regulatórios, políticos e culturais) que o precederam e hoje o sustentam.

Diferentemente do que ocorria em seus primórdios, parece existir um consenso em torno da preservação do SUS. No entanto, dependendo do equilíbrio institucional assumido ao longo do processo histórico, o SUS pode evoluir em diferentes sentidos, talvez bem distantes de seus princípios originais.

O SUS inova ao propor arranjos institucionais menos hierárquicos e mais participativos. O desafio do SUS é conseguir promover, a partir de bases e arranjos institucionais histórica e culturalmente desfavoráveis a seus princípios, uma redefinição de arranjos institucionais consagrados pelo tempo. Ampliar, para além dos mais próximos, a abrangência do vínculo relacional que parece ser característico da cultura brasileira seria um pré-requisito para a sobrevivência da proposta universalista do Sistema Único de Saúde, cuja base é uma ampla solidariedade e não uma solidariedade restrita.

No segundo artigo, são propostas variáveis do ambiente institucional que talvez contribuam para responder a algumas questões colocadas no primeiro artigo, como possíveis razões para a crise nos hospitais, a postura dos diretores de hospital e seu relativo silêncio político e os baixos níveis de *accountability*. O artigo aponta, também, características do ambiente institucional que talvez devam ser consideradas na definição dos rumos futuros do SUS □ como a emergência de novos atores políticos, com elevado grau de legitimidade social, como o Ministério Público; o fenômeno de judicialização das políticas na saúde; e o enfraquecimento da participação de burocracias técnicas tradicionais na formulação das políticas públicas.

Entretanto, vale ressaltar que o objetivo mais geral desse artigo foi sistematizar uma abordagem ao estudo de ambiente institucional e definir um conjunto de variáveis associadas a ele com vistas à elaboração de um instrumento que permita, no futuro, conduzir uma investigação mais ampla e profunda sobre ambiente institucional nos hospitais públicos.

Ressaltamos que as formulações são aqui apresentadas ainda são preliminares, que os modelos e arcabouços analíticos propostos podem ser aperfeiçoados e que a discussão das variáveis, tanto do ponto de vista do conceito operacional quanto de seus aspectos conjunturais precisa ser ampliada.

Vários autores têm apontando a necessidade de avanços nos estudos de planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde (Teixeira & Sá, 1996), seja na perspectiva do aprofundamento de definições conceituais e metodológicas (Paim, 1999), seja na perspectiva da introdução de novos olhares (Almeida, 2004; Travassos & Novaes, 2004).

É bem provável que uma apropriação crítica e criativa de abordagens institucionais (Vieira et al, 2004) possa trazer contribuições à pesquisa da gestão em saúde coletiva. A perspectiva institucional é, no mínimo, um olhar ainda pouco difundido na saúde coletiva, cuja consideração pode contribuir para enriquecer essa área do conhecimento.

7. Referências

Introdução

Artmann E & Rivera RJU 2003. A démarche stratégique (gestão estratégica):um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e solidariedade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2):479-501.

Berger PL & Luckman T 2004. *A construção social da realidade*. Ed. Vozes, Petrópolis, 24 edição.

Bittar OJNV 1996. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista Saúde Pública*, 30 (1):53-60.

Campos GWS 1991. Considerações sobre o Processo de Administração e Gerência de Serviços de Saúde in *Planejamento sem Normas* - Série Saúde em Debate.

Cecílio LCO 1997. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3):469-478.

Cecílio LCO 1997 a. O desafio de qualificar o atendimento prestados pelos hospitais públicos in *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (Mehry e Onoko, orgs) São Paulo, Editora Hucitec, pp293-320.

Cecílio LCO 1999. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2):221-242.

Cecílio LCO & Moreira ME 2002. Disputas de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. *Revista de Administração Pública* 36 (4):588-608.

Coelho VS 1998. Interesses e instituições na saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 13 (37):115-128.

Di Maggio P & Powell W 1991. Introduction in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press pp 1-38.

Façanha LO & Marinho A 2000. Hospitais Universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada* .4 (2) 315-349.

Faria LO & Vaitsman J 2002. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas in *Ciência e Saúde Coletiva* 18(5)1229-1241

Fonseca VS 2003 A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos in *Organizações, instituições e poder no Brasil* (Marcelo MF Vieira & Cristina A Carvalho, orgs), Rio de Janeiro, Editora FGV.pp 47-63.

Foucault M 1999. O Nascimento do Hospital in *Microfísica do Poder*. 14ª edição. Rio de Janeiro. Editora Graal . pp99-111

Friedland R & Alford RR 1991. Bringing society back in: symbols, practice and institutional contradictions in *The new institutionalism in organizational analysis*. (Di Maggio & Powell orgs) pp. 232-266.

Gitell JH & Weiss L 2004. Coordination networks within and across organizations: a multi-level framework. *Journal of Management Studies* 41 (1): 127-153.

Gorges MJ 2001 New institutionalist explanations for institutional change: a note of caution. *Politics* 21(2): 137-145

Hall PA. & Taylor RCR. 2003. The three versions of neo-institutionalism. *Lua Nova*, 2003, no.58, p.193-223.

Hood C & Scott C 2001 . O estado contemporâneo como agente regulador. Rio Estudos n° 22. Rio de Janeiro: *Suplemento do Diário Oficial* de 6 de julho de 2001. pp 2-13.

Hult K 2003. Environmental Perspectives on Public Institutions in *A Handbook of Public Administration* (P. Guy Peters & Jon Pierre, orgs) Sage Publications, London. pp. 149-160.

Immergut E 1992. *Health politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Studies in Comparative politics. New York: Cambridge University Press

Immergut E 1998. The theoretical core of new institutionalism. *Politics and Society*. 26 (1) pp5-34.

Jepperson RL & Meyer JW 1991. The public order and the construction of formal organizations in *The new institutionalism in organizational analysis* pp 204-231.

Marinho A 1998. Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados, com geração de rankings. *Revista de Administração Pública* 32 (6):145-158.

Marques, EC 1997. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 43: 67-102.

Mattos RA 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos in *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (Roseni Pinheiro & Rubem Mattos,orgs.). Rio de Janeiro, IMS/UERJ. 2001

Mendes EV 2001. O dilema da fragmentação ou integração dos serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde in *Os grandes dilemas do SUS . Tomo 2*. Salvador. Casa da Qualidade Editora pp70-165

Meyer JW & Rowan B 1991. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Cerimony in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. (Di Maggio, P e Powell, orgs) Chicago: University of Chicago Press pp143-163

Mintzberg H 2003. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. 2ª edição, Editora Atlas, São Paulo.

Morgan G 1996. *Imagens da Organização*. Editora Atlas, São Paulo.

Oliveira RR 2003. Ascensão e declínio de um padrão institucional: estudo de caso da Companhia Hidrelétrica de São Francisco in *Organizações, instituições e poder no Brasil* (Marcelo MF Vieira & Cristina A Carvalho, orgs), Rio de Janeiro, Editora FGV. pp.227-270.

Peters BG 1999. *Institutional theory in political science: the “new institutionalism”*. Pinter. London.

Peters BG & Pierre J 2003 *A Handbook of Public Administration*. Sage Publications. London.

Pierson P & Skokpol T 2004. Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. In *Political Science: The State of the Discipline*. (Edited by Ira Katznelson and Helen Miller) WW Norton and Company.

Portela MC et al 2002. *Hospitais Filantrópicos no Brasil*; Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador) – BNDES.

Ribeiro JM Costa NR Silva PLB 2001. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das regiões metropolitanas do Rio e de São Paulo In *Brasil: Radiografia da Saúde* (Negri, B e Di Giovanni G) Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas.

Rodrigues LB 198X. Grupos de pressão in *Curso de introdução à ciência política (unidade 5)*. Editora Universidade de Brasília. Brasília.

Sá MC & Azevedo CS 2002. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*. 36 (3):507-527.

Santos MAB & Gerschman S 2004. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil — arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores, *Ciência e Saúde Coletiva* 9(3): 795-806.

Scott WR 1991. Unpacking institutional arguments in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. (Di Maggio, P e Powell, orgs) Chicago: University of Chicago Press pp pp143-163

Scott WR Ruef M Mendel PJ & Caronna CA 2000. *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional dominance to managed care*. Chicago. University of Chicago Press.

Scott WR. 2001. *Institutions and Organizations*, 2º edição, Sage, Thousand Oaks.

Schraiber LB Peduzzi M Sala A Nemes MIB Castanhera ERL Kon R 1999. Planejamento, gestão e avaliação do SUS: identificando problemas *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):221-242.

Silva JPV, Pinheiro R & Machado FR 2004. Integralidade como inovação institucional – a experiência da Secretaria de Saúde/ RS, 1999-2002: considerações sobre a gestão no SUS. *Revista de Administração Pública*. 38 (3):481-500.

Silva, RC 2003 Poder invisível, formas de controle e gestão de qualidade totsl: o caso da Siderurgia Riograndense. In *Organizações, instituições e poder no Brasil* (Marcelo MF Vieira & Cristina A Carvalho, orgs), Rio de Janeiro, Editora FGV. pp 271-294.

Souza, C 1998 Pesquisa em Administração Pública no Brasil: uma agenda para debate. *Revista de Administração Pública* 32 (4): 43-61

Teixeira C & Sá MC 1996. Planejamento e gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1): 82-103.

Thèret B 2003. Institutions: between structures and actions. *Lua Nova*, 58:.225-254.

Travassos, C & Novaes, HMD 2004 Investigação e avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(suplemento 2):S144-145.

Vaitsman J 2001. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde *Revista de Administração Pública* 35 (1) pp29-47.

Vieira MMF et al. 2004. *A inflexão conservadora na trajetória histórica da teoria institucional*. Resumo de trabalhos. Anais de Congresso do XXVIII ENANPAD. 25 a 29 de setembro de 2004. Curitiba

Waissbluth M 2003. La insularidad de la gestión pública latinoamericana Publicado en la *Revista del CLAD* N°27 (Outubro 2003). Caracas

Williamson OE 1996. *The mechanisms of governance*. New York: Oxford University Press.

Capítulo 1

Almeida CM 1997. Médicos e Assistência Médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão *Cadernos de Saúde Pública* 13 (4):656-676.

Arretche M e Marques E 2002. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégia de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3):455-479.

Bahia, L 2001 Planos Privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90 *Ciência e Saúde Coletiva* 16 (2): 329-339.

Bahia L 2001 O mercado de planos de saúde no país: tendências pós-regulamentação in *Brasil: Radiografia da Saúde* (Negri, B e Di Giovanni G) Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, SP.

Biasotto G 2003. *Padrões de financiamento e tendência da composição dos gastos com saúde* Apresentação no seminário "A Regulação das relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas". Rio de Janeiro, 1 e 2 de dezembro de 2003.

Conde MVF 1996. *O Banco Mundial e a Saúde nos anos 90: um novo paradigma de reforma sanitária*. Dissertação apresentada ao mestrado em Ciências na área de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, 1996.

Cordeiro HA 1991. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro. Ayuri Editorial.

Cordeiro HA 1984. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro. Edições Graal.

Cortes SMV 1998. Conselhos Municipais de Saúde: possibilidades dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva* 3 (1):4-37.

Costa NR & Ribeiro JM 2001. *A Política Regulatória e o Setor Saúde: Notas sobre o caso brasileiro* - Texto preparado para o Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde, Brasília, Senado Federal, 28-29 de agosto de 2001.

Costa NR 1998. *Políticas públicas, Justiça Redistributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo, Editora Hucitec.

Di Tella R & Svedorff WD 2001. *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin American Hospitals*. Capítulo 1 OPAS.

Favaret Filho P & Oliveira JO 1990 A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas públicas*, 3: 139-162, junho, IPEA.

Gerschman S et al 2003. O setor filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *Revista de Administração Pública* 37 (2) :265-283.

Gerschman S 2003 Os Conselhos Municipais de Saúde. Atuação e Representação das Comunidades Populares. Mimeo.

Giaimo S 2001. Who pays for health care reform? In Paul Pierson (ed) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2002 *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro, IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2003 *Estatísticas do Século XX*. Rio de Janeiro, IBGE.

Immergut EM 1992. *Health Politics Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press.

Immergut E M 1996. As regras do jogo; a lógica das políticas de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 11 (30): 139-165.

Kilsztajn S Câmara MB Carmo MSN et al 2002. Gasto privado por classes de renda *Revista da Associação Médica Brasileira* 48 (3): 258-62.

Labra ME 1993. Associativismo no Setor Saúde Brasileiro e Organizações de Interesse do Empresariado Médico. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*- Rio de Janeiro 193-225, IMS.

Labra ME 1999. Análise de políticas, modos de *policy making* e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 9 (2):131-166.

Labra ME 2003 Aspectos Teóricos da Implementação de Políticas. Subsídios para analisar o SUS Texto apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, UNB, Brasília.

López EM 2003. *Um Novo Modelo de Atenção para Hospitais de Pequeno Porte* - Apresentação no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, UNB, Brasília.

Malloy JM 1991. *A Política da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro. Ed. Graal.

Marques EC 1997. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos *Revista Brasileira de Informação bibliográfica em ciências Sociais* 43: 67-102.

Matos CA & Pompeu JC 2003. Onde estão os contratos? Análise da Relação entre os prestadores de serviço privados e o SUS *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2):629-644.

Mattos R 2000. *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração da proposta de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde coletiva do instituto de Medicina Social, UERJ.

Mattos R e Costa NR 2003. Financiando o SUS: algumas questões para debate *Trabalho, Educação e Saúde* 1(2) :315-334.

Medici AC 2002. *Financing Health Policies in Brazil: Achievements, Challenges and Proposals*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank.

Medici AC 2003. *Family spending on health in Brazil: some indirect evidence of the regressive nature of health spending in health* Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank.

Mendes EV 2002 *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

Misoczky MCA 2003. O Banco Mundial e a reconfiguração do Campo das Agências internacionais de saúde. *Revista de Administração Pública* 37 (1): 75-98.

Misoczky MCA 2003^a. *O Banco Mundial, seu papel na reconfiguração do Campo das Agências internacionais de Saúde e sua influência na América Latina* - Documento para discussão apresentado no VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde - Hotel do Frade, Angra dos Reis de 19 a 23 de outubro de 2003.

Nunes E 1997. *A Gramática Política Brasileira*. Rio de Janeiro, Editora Zahar

Oliveira JAAO & Teixeira SMF 1986. *Imprevidência Social: 60 anos de história da Previdência Social*. Rio de Janeiro, Editora Vozes.

Pereira C Costa N Giovanella L 2001. O Jogo da Regulação da Saúde Suplementar. *Novos Estudos*. 60. CEBRAP: 151-163.

Portela MC et al 2002. *Hospitais Filantrópicos no Brasil*; Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador) – BNDES

Ribeiro JM Costa NR Silva PLB 2001. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das regiões metropolitanas do Rio e de São Paulo In *Brasil: Radiografia da Saúde* (Negri, B e Di Giovanni G) Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, SP.

Souza RR 2002. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde *Ciência e Saúde Coletiva* 8 (2):449-460.

Teixeira HV & Teixeira GT 2003. Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do SIOPS *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2):379-392.

Viana ALA & Dal Poz MR 1998. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; Informe final *Série Estudos em Saúde Coletiva*: UERJ, IMS nº166.

Werneck Vianna MLT 1998 *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro. Editora Revan.

Capítulo 2

Arnold EL & Hagan J 1993. Self-regulatory responses to professional misconduct within the legal profession. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*. 30(4): 169- 183.

Banco Mundial 2004. *Implementation completion report (CPL-40410) on a loan on the amount of US\$ 300.0 million to the federative republic of Brazil for a health sector reform project t- Reforsus*. September, 30,2004

Beauchamp T & Walters L 1989. *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont. California. Wadsworth Publishing.

Berger PL & Luckman T 2004. *A construção social da realidade*. Ed. Vozes, Petrópolis, 24 edição.

Bloch RA 1999. *Democratização da Gestão: a municipalização da saúde nos municípios brasileiros de pequeno e médio porte* - Dissertação apresentada à Escola de Administração Pública para a obtenção do grau de Mestre em Administração Pública, FGV, Rio de Janeiro

Bertussi DC 2002. *Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva, Universidade Estadual de Londrina.

Brandão R 1994. O erro médico na função pública. *Revista de Bioética*, 2(2). Acesso no site <http://www.cfm.org.br/revista/bio2v2/emfunpub.html> em 12-12-2004

Brasil 1995. Plano Diretor da Reforma de Estado. Presidência da República, Brasília.

Brasil 1999. *Constituição Federal de 1988* (org. Pedro de Milanélio Piovezane) 4^o edição Ed. Rideel. São Paulo

Brasil 2002. Portaria n^o 2225/GM de 5 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília

Brasil 2003. Portaria Interministerial MEC/MS n^o562 de 12 de maio de 2003. Brasília.

Brasil 2004a. Portaria Interministerial MEC/MS n^o1000 de 15 de abril de 2004. Brasília.

Brasil 2004b. Portaria Interministerial MEC/MS n^o1005, de 27 de maio de 2004. Brasília.

Brasil, 2004c. Portaria Interministerial MEC/MS n^o1006 de 27 de maio de 2004 Brasília.

Brasil 2004d. Portaria n^o52/GM de 20 de janeiro de 2004, Ministério da Saúde. Brasília.

Brasil 2004e. Portaria n^o53/GM de 20 de janeiro de 2004, Ministério da Saúde. Brasília.

Brasil 2004f. Portaria n^o1044/GM de 1 de junho de 2004, Ministério da Saúde Brasília.

Brasil 2004g. Portaria n^o287/MS de 28 de junho de 2004, Ministério da Saúde. Brasília.

Brasil 2004h. Portaria n^o1702/GM de 17 de agosto de 2004, Ministério da Saúde Brasília.

Brasil 2004i. Portaria n^o1703/GM, de 17 de agosto de 2004, Ministério da Saúde Brasília.

Campos GWS 1991. Considerações sobre o Processo de Administração e Gerência de Serviços de Saúde in *Planejamento sem Normas* - Série Saúde em Debate.

Cecílio LCO 1997. O desafio de qualificar o atendimento prestados pelos hospitais públicos in *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (Mehry e Onoko, orgs) Editora Hucitec .São Paulo. pp 293-320.

Cecílio LCO 1999. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2):221-242.

Coelho VS 1998. Interesses e instituições na saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 13(37): 115-128

Crozier M 1981. *O fenômeno burocrático*. Brasília. Editora Universidade de Brasília.

Dallari SG 2002. O juiz e a política de saúde. *Direito, política e economia*. maio de 2002 pp. 6-25.

Davies HTO & Harrison S 2003. Trends in doctor-manager relationship. *British Medical Journal* 326:646-649.

Di Maggio P & Powell P 1991. Introduction in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. (Di Maggio, P e Powell, P orgs) Chicago: University of Chicago Press pp. 1-38.

Di Pietro MSZ 1999. *Direito Administrativo*. São Paulo. Editora Atlas.

Di Tella R & Savedorff WD 2001. *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin American Hospitals*. Capítulo 1 OPAS.

Edelman LB & Suchman MC 1997. The Legal Environment of Organizations. *Annual Review of Sociology* 23:479-515.

Façanha LO & Marinho A 2000. Hospitais Universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada*. 4(2): 315-349.

Ferlie E Ashburner L Fitzgerald L & Pettigrew A 1996. *A nova administração pública em ação*. Editora UnB, Brasília.p.267-311.

Fontes Filho JR 2003. *Governança organizacional aplicada ao setor público*. Trabalho apresentado no VIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma de Estado y de la Administracion Pública, Panamá, 28-31 Oct, 2003.

Friedland R & Alford RR 1991. Bringing society back in: symbols, practice and institututional contradictions in *The new institutionalism in organizational analysis*. (Di Maggio & Powell orgs) pp. 232-266.

Gerschman S 2001. Municipalização e Inovação Gerencial. Um balanço da década de 1990 *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 417-434.

Gerschman S 2004. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (6):1670-1681.

Gitell JH & Weiss L 2004. Coordination networks within and across organizations: a multi-level framework. *Journal of Management Studies* 41 (1): 127-153.

Goodrick E. & Salancik GR 1996. Organizational discretion in responding to institutional practices: Hospitals and cesarean births. *Administrative Science Quarterly*, 41: 1-28.

Goulart JAA 2001. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2):292-300.

Grün R 1999. Modelos de empresa, modelos de mundo: sobre algumas características culturais da nova ordem econômica e da resistência a ela. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 14 (41): 121-140.

Halligan J 2003. Leadership and the senior service in *A Handbook of Public Administration* (P, Guy Peters & Jon Pierre, orgs) Sage Publications, London pp 98-108

Hood C & Scott C 2001. O estado contemporâneo como agente regulador. Rio Estudos n° 22 Rio de Janeiro: *Suplemento do Diário Oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro* de 6 de julho de 2001. pp 2-13.

Hult K 2003. Environmental Perspectives on Public Institutions in *A Handbook of Public Administration* (P, Guy Peters & Jon Pierre, orgs) Sage Publications, London pp 149-160.

Hyden G; Court J & Mease K 2004. *Making sense of governance: empirical evidence from sixteen developing countries*. Lynne Rienner Publishers, Boulder.

Ibanez N, Basso W, Vianna ALA & Shirassu MM 2003 Sistemas de assistência médica aos servidores públicos estaduais e municipais: características condicionantes e tendências. *Revista Brasileira de Administração Pública*. 37 (2):379-408.

Immergut E 1992. *Health politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Studies in Comparative politics. New York: Cambridge University Press

Immergut E 1998. The theoretical core of new institutionalism. *Politics and Society*, 26 (1): 5-34.

Jepperson RL 1991. Institutions, institutional effects and institutionalism in *The new institutionalism in organizational analysis*. (Di Maggio & Powell orgs) pp. 143-163.

Jepperson RL & Meyer JW 1991. The Public order and the construction of formal organizations in *The new institutionalism in organizational analysis* (Di Maggio & Powell orgs) pp 204-231.

Labra ME 2003 Aspectos teóricos da implementação de políticas. Subsídios para analisar o SUS. Texto apresentado ao VII Congresso de Saúde Coletiva. UnB, Brasília.

Loureiro MR & Abrucio LF (1998) Radiografia da alta burocracia federal brasileira: o caso do Ministério da Fazenda. *Revista do Serviço Público* 49(40): 47-82.

Manning N Mukherjee R & Gokcekus O 2000. *The experience of public officials in Bolivia. What works in a weak institutional environment?* Report on a survey of public officials in Bolivia funded by the Dutch Trust Funds. Second draft. Acesso em www1.worldbank.org/publicsector/civilservice/wps2427.pdf em 27-12-2004.

McNulty T & Ferlie E 2004. Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, Vol. 25 (8): 1389-1412

Melo MA.1996. *Governance e a Reforma do estado: o paradigma agente X principal.* *Revista do Serviço Público* 47 (1) pp 67-82.

Melo MA 2001. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 16 (46): 55-68

Mendes EV 2002. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.* Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

Mentzer MS 1993. The leader succession-performance relationship in a non-profit organization. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*. 30(2): 191- 204.

Meyer JW & Rowan B 1991. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. (Di Maggio, P e Powell, orgs) Chicago: University of Chicago Press pp. 143-163.

Miguel, LF 2004 Mídia e opinião pública in Sistema político brasileiro: uma introdução (Lúcia Avellar & Antonio O Cintra, orgs) São Paulo, Fundação UNESP Editora. pp.331-342

Ministério da Saúde 2004. *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (edição 2004-5)*, MS, Brasília, DF

Mintzberg H 2003. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. 2ª edição Editora Atlas, São Paulo.

Misocsky MC 2002. *O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa da sua produção social.* Dacasa Editora. Porto Alegre.

Misocsky MC 2003 Poder e institucionalismo: uma reflexão crítica sobre as possibilidades de interação paradigmática. In *Organizações, instituições e poder no Brasil* (Marcelo MF Vieira & Cristina A Carvalho, orgs), Rio de Janeiro, Editora FGV. pp 271-294.

Mobley LR & Magnussen J 1998. An international comparison of hospital efficiency: does institutional environment matter? *Applied Economics*. 30(8): 1089 -1100.

Nef J 2003. Public administration and public sector reform in Latin America in *in A Handbook of Public Administration* (P, Guy Peters & Jon Pierre, orgs). Sage Publications, London, pp.523-535.

North DC 1971. Institutional change and economic development *The Journal of Economic History*. 31(1): 118-125.

Nunes E 1997. *A Gramática Política Brasileira*. Rio de Janeiro, Editora Zahar.

OECD 2000. *Building public trust: ethic measures in OECD Countries*. PUMA Policy Brief no. 7

Oliver C 1991. Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, 16(1): 145-179. OMS (2000) *World Health Report 2000- Health systems: improving performance*, OMS, Geneve.

Pereira LH 2002. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias*, 7:82-121.

Peters BG 1999. *Institutional theory in political science: the “new institutionalism”* Pinter, London

Pfeffer J & Salancik G 1978. *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. New York. Harper and Row.

Piola SF Vianna SL Consuelo DV 2001. *Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro: Estudo Delphi*. Brasília, IPEA, 2001.

Piovesan, MF 2002. A Construção política da ANVISA. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Pittelli SD 2002. O poder normativo do Conselho Federal de Medicina. *Revista de Direito Sanitário* 3 (1):31-59.

Portela MC et al 2002. *Hospitais Filantrópicos no Brasil*; Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador) – BNDES.

Prates MAS & Barros BT 1997. O estilo brasileiro de administrar in *Cultura organizacional e cultura brasileira* (Fernando P. Motta & Miguel C. Caldas, orgs) pp. 55-69.

Radin BA 2003. The instruments of intergovernmental management in *A Handbook of Public Administration* (P. Guy Peters & Jon Pierre, orgs).Sage Publications, London. pp. 607-618.

Ribeiro JM 2001.Regulação e contratualização no setor saúde in *Brasil: Radiografia da Saúde* (Negri, B e Di Giovanni G) Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, SP pp. 409-443.

Ribeiro JM Costa NR & Silva PLB 2000. Política de saúde no Brasil e as estratégias regulatórias em um ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface_ Comunicação, saúde, educação*. 4(6): 61-83.

Ribeiro JM Costa NR Silva PLB (2001) Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das regiões metropolitanas do Rio e de São Paulo In *Brasil: Radiografia da Saúde* (Negri, B e Di Giovanni G) Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, SP pp. 55-578.

Rivera FJU (1997). A “démarche” estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. *Cadernos de Saúde Pública* 13(1):73-80.

Rivera FJU (2003) Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

Ruef M & Scott WR 1998. A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly* 43: 877-904.

Santos MAB & Gerschman S 2004. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil — arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores, *Ciência e saúde coletiva* 9(3): 795-806.

Santos MAB & Gerschman S 2005. *Ambiente institucional e a gestão das organizações* (mimeo)

Schraiber LB Peduzzi M, Sala A Nemes MIB Castanhera ERL & Kon R1999. Planejamento, gestão e avaliação do SUS: identificando problemas *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2):221-242.

Scott WR 1991. Unpacking institutional arguments in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. (Di Maggio, P e Powell, orgs) Chicago: University of Chicago Press pp 143-163.

Scott WR. 2001. *Institutions and Organizations*. 2º edição. Thousand Oaks: Sage.

Scott WR Ruef M Mendel PJ & Caronna CA 2000 *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional dominance to managed care*. Chicago. University of Chicago Press.

Scott WR & Meyer JW 1991. The organization of societal sectors: propositions and early evidence in *The New Institutionalism and Organizational Analysis*. (Di Maggio, P e Powell, orgs) Chicago: University of Chicago Press pp 108-140.

Senge P 2000. *A Quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. 6ª edição. Editora Best Seller. São Paulo.

Smullen A 2003 Autonomia, liberdade e independência: a evolução de uma família de conceitos e seu advento na arena da administração pública. *Revista Brasileira de Administração Pública*. 37(3): 551-568.

Speck B 2001. Tribunais de contas e sistemas de controle no Brasil. *Cadernos da Controladoria*, 1(4), Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro.

Tolbert PS 1985. Institutional Environments and Resource Dependence: Sources of Administrative Structure in Institutions for Higher Education. *Administrative Science Quarterly* 30 (1): 1-13.

Vaitsman J 2001. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. *Revista Brasileira de Administração Pública*. 35(1):29-47.

Yagade A & Dozier DM 1990. The media agenda-setting effect of concrete versus abstract issues. *Journalism Quarterly*. 67(1): 3-10.

Waissbluth M 2003. La insularidad de la gestión pública latinoamericana Publicado en la *Revista del CLAD* N°27 (Outubro 2003). Caracas.

Weber M 2002. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Editora Universidade de Brasília, Brasília.

Williamson OE 1996. *The mechanisms of governance*. New York: Oxford University Press.

Conclusão

Almeida CM 2004. Debate sobre o artigo de Maria Hillegonda Dulith Novaes. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(suplemento 2):S147-173.

Paim J 1999 Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2):243-248.

Teixeira C & Sá MC 1996. Planejamento e gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1): 82-103.

Travassos, C & Novaes, HMD 2004 Investigação e avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(suplemento 2):S144-145.

Vieira MMF et al. 2004. *A inflexão conservadora na trajetória histórica da teoria institucional*. Resumo de trabalhos. Anais de Congresso do XXVIII ENANPAD. 25 a 29 de setembro de 2004. Curitiba

As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores

Segmentations of health service supply in Brazil – institutional arrangements, creditors, payers and providers

Maria Angélica Borges dos Santos ¹
Silvia Gerschman ²

Abstract *Based on a revision of literature and on data from official databases (DATASUS and IBGE), and international agencies, we discuss segmentations and specializations of health service supply in Brazil. The institutionalist framework employed in this analysis takes into account relationships between public and private subsystems and the various actors interacting to shape the health system in accordance to their specific interests and convictions. Constraints to the development and implementation of social policies generated by macroeconomic adjustments and agreements between major actors contribute to the Unified Health System's (SUS) present tendency of specializing in low-cost and simplified health-delivery technologies, contrasting with the more dynamic private sector's tendency of specializing in segments dependent on high and intermediate levels of technological incorporation. This pattern tends to attract private-insurance buyers and to include procedures which are better-paid in contracts with the public sector. A stronger presence of health councils and of other still under-represented actors in the political arena could favour deeper reflection on the potential impacts of this specialization pattern.*

Key words *Brazilian Unified Health System, Supplementary health, Public policies, Health financing*

Resumo *A partir de revisão bibliográfica e dados do Datasus, IBGE e agências internacionais, são discutidas segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil. A leitura institucionalista do caso brasileiro destaca transformações que vem sofrendo o SUS, com ênfase em relações público-privadas e no papel e estratégias dos vários atores para formatar o sistema de saúde segundo seus interesses e suas convicções. Os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste macroeconômico e consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado mais dinâmico passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Um fortalecimento da presença de conselhos de saúde e de atores ainda pouco representados na arena política poderia contribuir para uma maior atenção aos impactos potenciais desse padrão de especializações.*

Palavras-chave *SUS, Saúde suplementar, Políticas públicas, Financiamento da saúde*

¹ Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenadoria de Tecnologia em Saúde, Assistência Farmacêutica e Assistência Diagnóstica. Rua Afonso Cavalcante 451, Cidade Nova, 20211-210, Rio de Janeiro RJ. angelicabsantos@uol.com.br

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.

Introdução

A despeito da opção constitucional por um sistema público e universal assinalada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o conseqüente descarte de um modelo que especializasse formalmente os sistemas de saúde público e privado ou algumas de suas atividades (Costa, 2001), segmentações de clientela e especializações da oferta de serviços de saúde entre os dois setores parecem inerentes ao sistema brasileiro ao longo de sua história e vem constantemente se redesenhando no cenário nacional.

Este trabalho tenta mostrar como as relações entre provisão pública e privada e as opções de linhas de financiamento público contribuem para formatar e segmentar as ofertas de serviço no sistema de saúde, havendo também influência de arranjos institucionais e da escolha de atores políticos que asseguram essas segmentações.

De um lado, pagadores e financiadores diretos e indiretos do sistema de saúde – sejam eles empregados e empregadores nos sistemas de base corporativa, a sociedade por meio de gastos privados ou contribuições para o sistema público e o Estado ou credores do Estado, zelosos em relação ao impacto dos gastos sociais sobre o *deficit* público – definem em que medida o sistema de saúde proposto é considerado estratégico para o atendimento de seus interesses. De outro, os provedores – profissionais (em especial, a corporação médica) e empresários da saúde dos ramos de produtos (o complexo médico-industrial da saúde) e de serviços – tentam enxergar e aproveitar as oportunidades geradas pelo contexto mediante a garantia de uma presença organizada na arena decisória.

Ao final discutimos os arranjos institucionais que definem a política e a dinâmica dos sistemas de saúde e como o fortalecimento político de componentes específicos, definidos pela Constituição, desse arranjo poderia contribuir para desenhar uma prática mais favorável aos princípios que nortearam a definição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Perspectivas de análise institucionalistas

Estudos baseados no marco teórico do institucionalismo histórico ilustram como o desenho e os procedimentos definidos por representações de interesses atuantes na arena política for-

matam as opções políticas das nações para seus sistemas de proteção social, inclusive os da saúde. Esses procedimentos incluem grupos distintos de atores e excluem outros, e explicam por que alguns interesses ganham, enquanto outros perdem (Immergut, 1992).

Giaimo (2001) demonstra a importância dos “pagadores” institucionalmente representados na definição das políticas de saúde. Pagadores em seu estudo incluíam empresários, Estado e corporações de trabalhadores nos sistemas de corte bismarckiano ou baseado em seguros privados, como o americano, e a população em sistemas mais universalistas. Em uma releitura de Giaimo, atualizando-a para o caso Brasil, poderíamos dizer que credores da dívida pública, sendo mais visíveis os internacionais, agregam a esse modelo um segundo ator importante para a definição dos formatos das políticas sociais.

Importantes, também, são as formas de organização e representação dos provedores de produtos e serviços no cenário político, neles compreendidos empresariado da saúde, corporações médicas e o próprio Estado ou suas dimensões subnacionais, quando dispõe de capacidade instalada para a prestação de serviços.

Em que sentido esses vetores se orientam é determinado pelos arranjos institucionais, que são distintos em cada país e momento histórico. Nos países emergentes, estão sujeitos hoje a fatores determinantes não descritos em estudos anteriores realizados em países de Primeiro Mundo (Immergut, 1992; Giaimo, 2001), uma vez que as análises de cunho neo-institucionalista mais conhecidas enfocam países não submetidos ao enorme poder de constrangimento de pesadas dívidas internas e externas e que a globalização torna extremamente vulneráveis, como no caso brasileiro. Assim, fatores considerados importantes para o formato das políticas nacionais de saúde, como as contingências de resultados eleitorais (Giaimo, 2001), embora ainda importantes no contexto subnacional (Arretche & Marques, 2002), são relativizados diante do acompanhamento das políticas de saúde por organismos internacionais, destacado por vários autores (Conde, 1996; Rizzoto, 2000; Mattos, 2000; Misocsky, 2003). Marques (1997) questiona o papel do Estado na condução de políticas em um contexto de limitação da soberania de estados nacionais imposto pela globalização e de hegemonia de posturas pró-mercado.

É relevante também considerar no formato das políticas a herança de políticas passadas (Immergut, 1992; Almeida, 1997). Em primeiro

lugar, historicamente no Brasil, a evolução e o formato dos programas sociais devem ser considerados *menos como produto resultante da pressão direta das forças sociais, dos interesses e grupos de classe do que como ação de um tipo peculiar de Estado, que tenta lidar com os problemas centrais do desenvolvimento econômico e com a modernização em um terreno caracterizado pelas realidades internas e externas do desenvolvimento capitalista dependente retardatário* (Malloy, 1991). O segundo elemento a considerar é a importância de representações de interesses mais consolidados e tradicionais na arena da saúde, que disputam espaço com arranjos institucionais mais modernos implantados na era SUS.

Os arranjos institucionais e principais atores que contribuem para formatar o sistema de saúde ao longo da história constituem a grade de análise deste trabalho, que é um pano de fundo para uma futura discussão sobre ambiente institucional e interfaces organizacionais nos hospitais públicos do SUS.

As segmentações históricas da provisão de serviços da saúde no Brasil

Ao longo da história do Brasil, diversos arranjos de financiamento e provisão foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, plantando as bases para o sistema de saúde extremamente pluralista e fragmentado (Medici, 2002) vigente no País. Os setores público e privado dividiram o financiamento público e a titularidade do parque hospitalar e ambulatorial, mas evidenciaram especializações variáveis.

O segmento ambulatorial é o que evidencia mais oscilação na titularidade público-privada, ao passo que o segmento hospitalar se especializa de formas diferentes ao longo do tempo. O que mudou foram as bases de financiamento, as inter-relações entre público e privado e as especializações de cada um dos sistemas, que se intercondicionam entre si.

Na década de 1910, a medicina liberal detinha 60% dos leitos no País (Labra, 1993). A Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária de 1936 (IBGE, 2003) informa a existência de 1.044 estabelecimentos de saúde no País, sendo 447 públicos e 597 privados. No início do século 20, o Estado se especializa em segmentos populacionais marginalizados ou que potencialmente comprometam a saúde pública, com impactos não só no indivíduo, mas no conjunto da sociedade (saúde

mental, doenças infecciosas) (IBGE, 2003) e em cuidados prolongados. O setor caritativo assume os pobres e o mercado aqueles que podem pagar por meio de desembolsos diretos ou mediante arranjos mutualistas iniciados por comunidades de imigrantes ou sindicatos.

Na era Vargas, agrega-se a essas duas dinâmicas um padrão corporativo tutelado pelo Estado, que marca uma fase de “universalismo” corporativo bismarckiano, ainda com uma incorporação incipiente do setor mercado não caritativo ao setor público.

Já em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas, que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos (Cordeiro, 1984).

Desde essa época, a dinâmica do capitalismo começa a consolidar o complexo médico-industrial da saúde, que contribui para um estrondoso crescimento dos custos da assistência médica (Cordeiro, 1984) e a transforma crescentemente em um empreendimento dependente de capital.

São históricas as fortes e intrincadas relações entre o setor público e o privado que vicejam em Estados de corte patrimonialista (Nunes, 1997), como o brasileiro. Entretanto, esses laços ficam definitivamente institucionalizados no setor saúde a partir de 1967, com a unificação da Previdência (Cordeiro, 1984). A universalização da atenção médica proposta à época possibilita a incorporação crescente do segmento privado ao setor público, com as Ações Integradas de Saúde e credenciamentos universais, pois se dá com base em um “privilegiamento do produto privado” (Oliveira & Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1967 (IBGE, 2003) cita a existência de 290.836 leitos no País; e a de 1979, 488.323 leitos, em um espetacular crescimento de 67,9% em 12 anos. Vendem-se internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto, por procedimento, e o segmento público ainda é dono de um considerável parque de maior complexidade, herdado dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Com isso, além do faturamento público auferido pelo setor privado, viabiliza-se a transferência para unidades do sistema público de pacientes de maior custo do sistema privado.

Outro marco importante desse período é a quebra do padrão corporativo de estruturação

da prestação de serviços da saúde, propiciado pela retirada das classes trabalhadoras organizadas das decisões sobre saúde. A arena de negociação no âmbito da saúde passa a encerrar basicamente dois atores: o empresariado e o governo, representado pela burocracia inampiana. A saída de cena dos trabalhadores organizados tem impactos importantes sobre o formato posterior adquirido pelo sistema de saúde. Giaino (2001) mostra, em sua análise do caso alemão, a importância desses atores na defesa do seu sistema de saúde.

Esse é o momento que também marca o ingresso mais atuante do Movimento Sanitário na arena política. Este adota como marcos estruturantes de seu discurso o combate à aliança empresariado-Estado, que incluía pesadas críticas ao subsidiamento do sistema privado pelo sistema público, e a condenação do padrão hospitalocêntrico de atenção que se instalava na saúde pública.

Apesar disso, o subsidiamento do sistema privado pelo público avança e, mediante sucessivas vitórias em arenas políticas em apoio à expansão de serviços e coberturas e a consolidação de anéis burocráticos, a iniciativa privada em saúde não só auferiu os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público, como garante subsídios para reforçar seu parque tecnológico via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (Cordeiro, 1984) e, mais recentemente, via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular desde o início o escopo de atuação dessa iniciativa privada empresarial, o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços.

Simultaneamente, pelo fenômeno da “universalização excludente” (Faveret & Oliveira, 1990), em que os antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões passam a ter que competir com uma base maior de usuários por acesso a serviços de saúde, consolida-se um aumento de demanda por serviços privados.

Portanto, a superposição de uma proposta universalizante a um sistema de base corporativa gera uma segmentação ainda mais radical do sistema de saúde, com o surgimento de um sistema suplementar cada vez menos pautado em bases mutualistas e mais em lógicas atuariais.

Esse movimento é viabilizado pelo crescimento dos planos empresariais, que propiciam um aumento da autonomia financeira de um

setor privado não assentado sobre bases diretamente vinculadas ao setor público e sustentada por amplo aporte de subsídios estatais diretos e indiretos (Faveret & Oliveira, 1990; Cordeiro, 1984).

Com a consolidação de um padrão de empresariamento privado da saúde, inicia-se uma disputa por segmentos de clientela e especializações, com tentativa do setor privado de preservar suas bases de financiamento públicas mediante uma presença marcante e cada vez mais organizada nas arenas decisórias (Labra, 1993; Costa, 1998) e cada vez mais significativa no mercado.

Talvez o grande entrave ao avanço privatizante sobre a medicina pública na década de 1990, mais do que o recém-vitioso posicionamento pela medicina pública na Constituição Federal, tenha sido a recessão econômica dessa época, que subtraiu poder de compra de serviços ao Estado e à população.

Ainda assim, a disputa por segmentos do mercado público não cessou. À época da criação do SUS e da extinção do Inamps, houve articulações claras do empresariado da medicina para ofertar planos simplificados ao Estado. O Plano Básico de Assistência Médica, inspirado na experiência chilena, foi proposto pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (Abramge), Sindicato Nacional de Medicina de Grupo (Sinange) e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde. O Plano Básico de Assistência Médica seria financiado em parte com recursos previdenciários, tendo sido divulgado na mídia no documento “A extinção do Inamps e a saúde do País: mensagem ao presidente da República” de abril de 1993 (Labra, 1993). Esse era um momento de grande vácuo nas propostas para a atenção básica pelo sistema público e de crise nas bases de financiamento pela retração da contribuição da previdência social para o financiamento da saúde. Não por acaso, o Programa de Saúde de Família foi concebido em dezembro do mesmo ano, a partir de reunião convocada pelo gabinete do então ministro Henrique Santillo (Viana, 1998), sob os auspícios de técnicos do Banco Mundial e OPAS (Misoczky, 2003).

É difícil abrir mão da hipótese de que o enorme constrangimento financeiro pelo qual passava a saúde com a perda do financiamento derivado de contribuições sobre a folha de salário para a previdência social não tenha influen-

ciado essa opção. A proposta de o Programa de Saúde da Família atuar como reorientador do modelo de atenção é favorecida pelo discurso anti-hospitalocentrismo do Movimento Sanitário, remanescente da oposição aos anéis burocráticos e da valorização das práticas de prevenção que caracterizam a saúde pública.

Esse é também o momento em que passa a ser fortemente percebida a presença de técnicos de agências internacionais na formatação de políticas nacionais de saúde. Assim, o SUS é contemporâneo à emergência na arena política de organismos internacionais para monitoramento de países endividados, como o Banco Mundial. O Banco vinha se consolidando ao longo da década de 1980 como formulador de recomendações a políticas da área social (Mattos, 2000). Suas idéias, disseminadas em documentos oficiais, configuram as propostas do neo-universalismo e incluem: a segmentação entre serviços básicos e convencionais, com um pacote clínico essencial expresso por cobertura universal de atenção básica; focalização dos gastos públicos nos pobres; e fortalecimento de setores não-governamentais ligados à prestação de serviços, com busca no mercado de serviços não cobertos pelo pacote essencial e estímulo à criação de seguros públicos e privados (Miszczky, 2003).

Percebe-se, assim, que as principais decisões sobre o sistema de saúde no país são tomadas com base em convergências de formato que não necessariamente trazem embutidos em si uma convergência de motivações. Exigem a agregação de interesses postados em pontos distintos da arena política, que consideram que aquele formato específico da política contempla seus interesses, não contraria seus interesses ou, minimamente, cria ou mantém abertas janelas de oportunidade para ganhos futuros.

Dessa forma foram cunhadas várias definições de eixos de direcionamento político do SUS, em que diferentes segmentos de interesse apostam em um formato de política que mantém a possibilidade de vitória de seus interesses no futuro, mas igualmente a de outros, às vezes fortemente antagônicos, que apoiaram o mesmo formato de política. É a aposta na postergação de uma definição, na manutenção de uma janela de oportunidade com uma vitória em um momento posterior.

Esse foi o caso, por exemplo, do Programa de Saúde da Família (PSF), da própria consolidação do SUS, quando novos atores de poder político setorial puderam ampliar a oferta de

benefícios para seus colégios eleitorais a custos institucionais irrisórios (Costa, 1998) e antigos interesses preservarem posições estratégicas (Cordeiro, 1991) e das políticas de saúde mental, que, com a desospitalização proposta, contemplavam interesses de redução do ônus representado por esses leitos no País.

Isso não implica que uma política seja sempre consistente em seus efeitos. Interesses contrariados buscam vitórias em rodadas seguintes do processo político. Assim, as segmentações do sistema de saúde são levadas a cabo por complexas negociações políticas e sofrem os impactos das oscilações da conjuntura política e econômica e de legados de escolhas políticas passadas (Immergut, 1992).

A distribuição da oferta pública de serviços entre provedores públicos e privados e as características dos parques tecnológicos de um e de outro são determinadas por critérios econômicos e políticos. Com o crescimento de um mercado privado potencialmente mais rentável, as lógicas da oferta privada passam a determinar a composição do parque empresarial e a criar uma arena de conflito e negociação que tende a ganhar destaque no futuro – a disputa entre provedores de serviços e planos de saúde privados.

Tendências atuais do formato da oferta de serviços no SUS

Uma das hipóteses centrais deste trabalho é a de que, na contramão das propostas universalizantes do SUS, vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível. A diferenciação na qualidade e nos preços dos produtos já foi apontada por alguns autores para planos privados de saúde (Bahia, 2001) e hospitais filantrópicos (Gerschman, 2003) e é própria da lógica de mercado. No setor público, incorporado como circuito inferior de consumo no mercado de serviços de saúde, verifica-se não só uma diferenciação negativa na qualidade dos serviços, como um aumento da restrição do acesso a produtos de maior complexidade, reforçada pelo padrão de especializações das ofertas de serviços pelos setores público e privado.

Os constrangimentos gerados pelo ajuste macroeconômico transformam o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, em um

dos países com índices mais baixos de investimento público no setor saúde no continente americano, uma flagrante contradição para um sistema público de caráter universal. O Brasil gastou 8,8% de seu orçamento com saúde em 2001, ao passo que a Argentina investiu 21,3% nesse mesmo ano e apenas quatro países caribenhos (Trinidad e Tobago, Santa Lúcia, Belize e Jamaica) dedicaram parcelas ainda menores de seus orçamentos à saúde.

Observa-se, assim, uma tendência à especialização do SUS em tecnologias de cuidados de baixa complexidade, como as da atenção básica, inclusive o Programa de Saúde da Família, e persiste o uso de redes de serviço privadas menos valorizadas no mercado e com menor grau de incorporação tecnológica (Bahia, 2001a), às quais vem paulatinamente se somando uma rede pública de hospitais de pequeno porte e baixo grau de complexidade.

O impacto dessa política na rede hospitalar pública mais tradicional é evidente. Mendes (2002) destaca o momento de transição e crise de financiamento vivido pelas organizações hospitalares em âmbito mundial, com uma tendência a mudanças agudas nos perfis de oferta de serviço e na sua inserção em praticamente todos os sistemas de saúde e modelos assistenciais. Essa crise tende a ser sentida de forma mais intensa em países periféricos.

Assim, no processo de municipalização da gestão da saúde, a produção de serviços básicos e a capacidade de gestão da rede hospitalar pelas municipalidades desenvolveram-se a compassos diferentes, estando a primeira em estágio bem mais avançado do que a segunda (Arretche & Marques, 2002) ou recebendo uma prioridade muito maior do que a mesma.

Ao longo da década de 1990, o expressivo crescimento da atenção ambulatorial básica e do PSF foi concomitante à diminuição do financiamento para a oferta de internação hospitalar, sendo verificada também, embora em menor proporção, uma queda no financiamento da média e alta complexidade em relação à atenção básica (Mattos & Costa, 2003).

Não obstante a proposta de reordenamento do modelo a partir de uma perspectiva da atenção básica, as organizações hospitalares continuam a deter um papel importante na oferta de serviços de saúde. Nos levantamentos da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (IBGE, 2000), 26,3% da população ainda recorre a hospitais como serviço de uso regular quando necessita de atendimento médico, sen-

do fundamental o papel do hospital em emergências e contextos onde há demanda por maior concentração de recursos tecnológicos. Em função disso, é significativo o impacto das organizações hospitalares sobre os gastos em saúde. Nas estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 50% a 70% dos gastos com assistência à saúde são realizados por hospitais. Segundo documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os hospitais públicos da América Latina gastam 2% do PIB da região (Di Tella, 2001). Partindo-se da estimativa de um gasto público em saúde no Brasil elaborada pela equipe do SIOPS, de 3,39% do PIB para o ano de 2000 (Teixeira & Teixeira, 2003), os gastos específicos no segmento hospitalar público brasileiro acompanhariam o padrão latino-americano.

O volume de recursos envolvido na gestão hospitalar é a provável explicação para a tentativa de reduzir a importância desse segmento na oferta pública de serviços de saúde. Nesse sentido, os hospitais públicos vêm sendo alvo de denúncias e ataques sistemáticos na mídia, cumulados de diagnóstico de ineficiência e baixa responsabilização (Ribeiro *et al.*, 2001).

Embora venha caindo, ainda é significativa a participação do setor privado na oferta hospitalar pública. Nas bases de dados do Datasus, constam, em julho de 1998, 4.089 estabelecimentos hospitalares privados no SUS e, em julho de 2003, 3.497 estabelecimentos. Matos & Pompeu (2003) destacam, em contraposição, o significativo aumento da participação pública na rede hospitalar brasileira, decorrente da maior participação municipal.

Mas as dimensões do parque hospitalar do SUS como um todo tem decrescido. Um levantamento realizado na base de dados do Datasus (SIH/SUS) mostra que, entre abril de 1992 e julho de 2003, houve uma queda de 12% no total de leitos disponíveis no SUS, confirmando-se uma tendência ao crescimento da fatia proporcional ocupada por hospitais públicos e universitários, em detrimento dos privados.

Aliado a isto, ocorre uma previsível retração dos setores mais qualificados da oferta hospitalar privada no SUS para um segmento mais bem financiado, o da saúde suplementar, tendência já prevista por Faveret há quase quinze anos.

A saúde suplementar inicialmente herdou a clientela corporativa excluída do sistema público (Cordeiro, 1984; Faveret, 1990; Werneck Vianna, 1998). Os hospitais públicos ligados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões tinham

bases de financiamento corporativas, garantia de representação direta de usuários com interesses francamente convergentes e tradição de identidade como grupo (as corporações de trabalhadores) e uma exigência de “excelência” em seu desempenho promovida por esse arranjo. Essa busca de “excelência”, principalmente no segmento hospitalar, pode estar sendo transferida para o sistema privado. Três elementos caracterizam os planos e os qualificam na percepção do consumidor: a presteza do atendimento (que induz as camadas mais carentes da população a serem sócias de clínicas de subúrbio), o grau de liberdade na escolha dos médicos e a qualidade do parque hospitalar. Um dos principais determinantes de quanto vale um plano de saúde no mercado, portanto, é a qualidade de sua carteira de hospitais.

Quando se analisa a composição do setor hospitalar no Brasil (IBGE, 2002) segundo a natureza jurídica do estabelecimento, o ano de início de atividade e a clientela atendida, observa-se que a clientela particular tem hoje acesso a cerca de 1.400 estabelecimentos de uso exclusivo do sistema privado, a maioria com atividades iniciada a partir da década de 1980, numa tendência incontestável de autonomia e dinamismo, apesar da crise econômica.

Em contrapartida, somente 30% dos hospitais privados contratados ao SUS iniciaram suas atividades depois de 1980 e 60% do parque hospitalar geral do SUS foi fundado antes dos anos 80.

A maior parte do parque mais antigo é composta por hospitais filantrópicos. O segmento filantrópico responde por quase um terço (29,8%) do total de hospitais do SUS, a um terço dos leitos e a 48,5% do segmento privado contratado ao SUS. O estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil (Gerschman *et al.*, 2003) confirma a baixa competitividade da maior parte desse segmento no mercado, reafirmando a característica histórica de setor “dependência” (Faveret, 1990) em relação ao setor público e mostra como também nesse segmento se replicam as segmentações econômicas verificadas por Bahia (2001) para planos de saúde. Entretanto, esse segmento foi responsável por 37,43% das internações do SUS, pelas quais receberam do Ministério da Saúde uma soma de R\$ 1,33 bilhão. Receberam ainda, de janeiro a julho de 2003, recursos do Integrasus – incentivo financeiro destinado especificamente ao setor, compondo um montante de R\$ 182,37 milhões (www.gov.saude.br).

Os hospitais públicos do SUS tendem a ser mais recentes do que os contratados, com 65% das unidades com atividades iniciadas após 1980. Predominam nesse segmento mais moderno pequenos hospitais, com média de leitos inferior a 30, localizados predominantemente na região Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 2002). Essa tendência à criação de um segmento de unidades de internação de pequeno porte pode ser indiretamente aferida pela redução da média de leitos nos hospitais públicos nos últimos dez anos. De acordo com dados do Data-sus, em 1992, a média de leitos de hospitais públicos era de 65,7 leitos por estabelecimento hospitalar, média essa que, em 2003, atinge 55,9 leitos. Como efetivamente houve um aumento do número de hospitais públicos no SUS, que passou de 1.666, em 1992, para 2.217, em 2003, é plausível supor que esse crescimento tenha ocorrido às custas da incorporação de pouco mais de 500 hospitais com média de leitos bem inferior a 40 ou que, alternativamente, tenha ocorrido um significativo fechamento de leitos em hospitais mais antigos do SUS.

Essa tendência contrasta com um padrão histórico de grandes unidades hospitalares mantidas pelo sistema público e pode estar indicando a proliferação de unidades hospitalares de baixa resolubilidade, com criação às vezes mais ligada a interesses políticos do que a critérios técnicos. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde registrava, em 2003, 6.641 estabelecimentos de saúde com internação no país, sendo 39% com menos de 30 leitos. Juntos, os leitos ofertados por esses hospitais compreendiam 8,7% do total de leitos no país (López, 2003).

A dinâmica desses pequenos estabelecimentos merece ser mais bem estudada, tendo em vista que podem começar a estar compondo um modelo alternativo, de redução da segmentação entre hospitais e atenção básica em municípios com sistemas de saúde de implantação recente em que esses hospitais estejam funcionando como retaguardas mais articuladas com a atenção básica (López, 2003). Entretanto, pode servir para consolidar uma opção preferencial pela baixa complexidade, sendo importante não esquecer que dados do próprio Ministério da Saúde em 2001 apontavam taxas de ociosidade de leitos no SUS superiores a 50%, especialmente na baixa complexidade (Gerschman, 2003).

Consoante com a hipótese de especialização em produtos de menor complexidade, entre

maio de 2002 e abril de 2003, a rede pública realizou 82% dos procedimentos ambulatoriais do SUS, contrastando com 14% dos privados e 4% dos universitários (Datusus, 2003). O setor privado, por sua vez, consolida sua especialização na maior complexidade tecnológica, sendo hoje detentor de mais de 80% por cento do parque de equipamentos biomédicos mais sofisticados do país (IBGE, 2002). Entre os procedimentos de alta complexidade (selecionando-se hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia e quimioterapia, ressonância magnética, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada), 84% são realizados na rede privada, 8% nas públicas e 8% nas universitárias (Datusus, 2003).

Chamam a atenção também os mecanismos criados para financiar boa parte da alta complexidade. O Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) foi criado em 1999 com o objetivo de permitir o financiamento extrateto, via gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. No momento de sua criação equivalia a 1,23% dos tetos de média e alta complexidade e, em 2002, a 19,08% dos recursos disponibilizados nos tetos dos Estados e Distrito Federal, da ordem de 11,5 bilhões de reais (Souza, 2002). Esse fundo financia uma parcela importante das ações desenvolvidas pela ou de interesse da iniciativa privada, como terapia renal substitutiva, medicamentos excepcionais, kits para Aids, transplantes e incentivos para hospitais filantrópicos. O Fundo não obedece a critérios específicos de alocação e resgata muitas vezes a lógica convencional do Inamps, com concentração das decisões sobre seu uso no gestor federal. A alta complexidade passa, assim, a depender de um fundo específico para seu financiamento, estando prioritariamente concentrada em instituições privadas ou públicas com dupla porta de entrada.

Configura-se, assim, um padrão de financiamento federal, com alto poder de indução, que privilegia a especialização do setor público na baixa complexidade via Piso de Atenção Básica (PAB) e os programas incentivados por seu componente variável e a especialização do setor privado em alta tecnologia via FAEC e remuneração diferenciada de procedimentos mais complexos pela tabela SUS, recompondo o padrão de financiamento privado pela via da maior complexidade.

Por outro lado, o modelo filantrópico tradicional entra em crise, exceto no segmento que acompanha a modernização de gestão e o padrão de venda de alta complexidade para o público (Portela *et al.*, 2002). Mas, reconhecido como “parceiro preferencial do sistema público” pela Constituição, volta a pleitear injeções de recurso público e financiamento com dinheiro barato. Nas eventuais crises políticas provocadas pelo racionamento da maior complexidade de oferta no setor público (como as mortes de bebês em UTIs do Rio e a falta de leitos de UTI no Ceará), o setor privado é acionado como retaguarda tecnológica do sistema e usufrui de negociações não submetidas a vários dos constrangimentos de tabela e tetos financeiros do SUS.

Hoje, a hipótese de que as clientelas de planos privados recorrem a estabelecimentos públicos para procedimentos de maior complexidade não ofertada pelos planos (Bahia, 2001) precisa ser mais bem explorada. O setor público certamente financia direta ou indiretamente o alto custo, mas a garantia da oferta de complexidade é um fator de atração de clientela para os planos. Observa-se uma tendência crescente à restrição do acesso à alta complexidade no setor público, passando a oferta a concentrar-se em estabelecimentos públicos com dupla porta de entrada e privados, em um arranjo confuso de cobertura desse segmento da atenção.

Simultaneamente, o setor privado vem incorporando competência crescente para ofertar maior complexidade, em áreas que tradicionalmente só eram cobertas pelo setor público. O contraste com a percepção de “simplificação” da oferta pública, aliado às dificuldades de acesso, contribui fortemente para o crescimento dos planos de saúde.

Aumento da adesão à saúde suplementar

A implantação do SUS é acompanhada de um expressivo crescimento nos planos de saúde, com coberturas estimadas a partir de pesquisas do IBGE de 7,2% da população na faixa de renda *per capita* de até um salário mínimo, 31,2% na faixa de 1 a 3 salários mínimos, 63,1% na população de 3 a 9 salários mínimos e 83,2% na população com renda superior a 9 salários mínimos *per capita* (Kilstajn *et al.*, 2002).

Os números do Banco Mundial mostram um avanço do gasto privado e redução do gasto público em saúde (Medici, 2002; Biasotto, 2003)

e vários outros dados corroboram a hipótese de crescimento do segmento privado como provedor de assistência médica. Entre esses, destacam-se os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, embora devam ser analisados com restrições, mostram o crescimento sistemático do número de beneficiários informados, hoje superior a 37 milhões.

Também as informações sobre deduções de pessoas físicas no imposto de renda com saúde corroboram a hipótese de crescimento da saúde privada. Na consolidação dos benefícios tributários da Receita Federal, as deduções do rendimento tributável de pessoas físicas nos anos de 1998 somaram 929,555 milhões de reais (0,099% do PIB), tendo saltado para 1,168 bilhão em 2000 (0,11% do PIB) e para 2,338 bilhões em 2002 (0,18% do PIB).

Medici (2003), a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, assinala um incremento nos gastos das famílias em planos de saúde, que passam de 11,2% do total de gastos com saúde, em 1988, para 29,02%, em 1996, sendo esse aumento mais marcante em capitais do Norte e do Nordeste do que em outras regiões do país.

Apesar da recessão econômica e do SUS, não tem ocorrido retração do mercado dos planos de saúde. Caso o SUS estivesse oferecendo produtos percebidos como comparáveis aos oferecidos pelos planos, seria esperado que eles experimentassem uma redução no seu número de beneficiários. O crescimento dos planos e da iniciativa privada microempresarial ameaça a tese de universalidade do SUS e cria a possibilidade de crescente focalização da oferta no sistema público.

O usuário da medicina dos planos de saúde é, em geral, destituído do poder de pressão próprio da organização corporativa de sistemas de saúde. No entanto, a importância política crescente desse segmento é ilustrada pelas pressões para aprovação da lei 9.565/98 e da criação da ANS (Pereira, 2001). Nesse sentido, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem reforçar a credibilidade do setor privado, diferenciando-a ainda mais do público.

Os números de filiados a planos de saúde da ANS não levam em conta o crescimento de clínicas e laboratórios populares e “planos” não registrados na ANS, cuja existência é apontada nos estudos sobre hospitais filantrópicos (Gerschman, 2003). Há indicações de que esse segmento e o desembolso direto por populações mais pobres (Bahia, 2001a) possa estar crescen-

do. Estes são fenômenos que merecem ser estudados de forma mais sistemática.

Perspectivas para o fortalecimento de arranjos institucionais do SUS

O caráter universalista do SUS parece desacreditado nos grandes centros urbanos, onde a percepção de contraste entre a qualidade do sistema público e privado, reforçada pela mídia, é muito intensa, favorecendo o avanço dos planos. Portanto, já é evidente uma segmentação público-privada que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores.

No plano das especializações tecnológicas, o padrão SUS hoje parece estar caminhando no sentido do “plano de cuidados básicos” preconizados pelo Banco Mundial, aliado a um “estoque” de maior complexidade, de maior ou menor porte, dependente do interesse e das pressões do mercado no sentido da compra desses produtos pelo setor público e da disponibilidade financeira ou política do setor público para adquiri-los.

Assim, cuidados de maior custo e complexidade na saúde pública podem passar a ser cada vez mais dependentes de mecanismos de acesso clientelistas ou judicializados. A via judicial garantiria, pela justiça comum ou atuação do Ministério Público, acessos individuais ou de segmentos específicos a serviços específicos, o que pode, eventualmente, reforçar distribuições iníquas de benefícios. Cabe analisar se a estratégia de abrir mão da provisão direta de serviços de maior complexidade é a mais conveniente para garantir os princípios de universalidade do SUS.

A convergência entre os formatos de políticas para a área de saúde e o desenho das políticas de organismos internacionais, como o Banco Mundial (Misoczky, 2003) é, de fato, cada vez mais impressionante. Entretanto, as políticas de saúde formuladas nos últimos anos simultaneamente contemplam discursos históricos do Movimento Sanitário e vão ao encontro de interesses do empresariado nacional da saúde, propiciando a expansão do mercado privado, e de elites políticas subnacionais, que vislumbraram no SUS formas de garantir financiamento setorial na saúde, ainda que parcial, para seus colégios eleitorais.

Nesse panorama, os hospitais públicos, mais fortemente castigados pela crise, poderiam estar desempenhando um papel estratégico, tanto na

busca de meios que assegurassem uma atuação mais coordenada com o sistema de saúde, que reduzisse superposições de atividades e ineficiência, quanto por uma maior presença no cenário de discussão das políticas de saúde. Que arranjos institucionais tornam tão pouco expressiva a presença organizada de profissionais de saúde do setor público e, principalmente, de gestores de unidades públicas de saúde, na arena política que define segmentações e “modelos de atenção” para as políticas nacionais de saúde, que necessariamente irão impactar na configuração global do sistema de saúde? Se o setor de hospitais privados tem tantas associações (Labra, 1993), por que somente os hospitais públicos universitários tiveram a mesma iniciativa?

A situação atual aponta para uma baixa capacidade de articulação entre as unidades de saúde e acesso restrito a instâncias dirigentes de sistemas locais e nacionais por parte de dirigentes dessas unidades de saúde. Essas condições tendem a ser determinadas por arranjos institucionais e organizacionais cujos impactos se expressam em uma combinação duplamente empobrecedora para a saúde pública: no plano político, pela ausência desses atores na arena política e, no plano administrativo, como falta de articulação administrativa entre as unidades de saúde.

Costa (1998) destaca a *fragilidade institucional do setor de atendimento público nos anos 90, apesar da grande inventividade da inovação política*. As Normas Operacionais Básicas consagraram uma estrutura institucional que confere um peso elevado para o gestor federal, as comissões intergestores e as associações de secretários municipais e estaduais de saúde, que têm assento privilegiado em estruturas de conselhos e conferências de saúde. Assim, tendem a se configurar redes de elaboração de políticas cada vez mais especializadas e com tendências oligárquicas, nas quais predominam representantes legais e politicamente qualificados da burocracia estatal, com primazia das esferas técnico-políticas em detrimento do controle social (Labra, 1999).

Hoje, os espaços políticos de representação definidos para usuários e profissionais e dirigentes de unidades de saúde, que certamente detêm uma parcela importante de informação e da inteligência sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, estão restritos à participação nos Conselhos de Saúde. Cortes (1998) considera que só há participação dos Conselhos na medida em que se cria a possibili-

dade de tomar parte no processo de decisão política. E o papel político dos Conselhos muitas vezes não é identificado no discurso de conselheiros representantes de usuários, que é pautado pela descrença de que de fato possam contribuir para a saúde da população (Gerschman, 2003).

Outro ponto a considerar é o fato de organizações excessivamente inclusivas poderem agir como freio à maior mobilização, em função da fragmentação e conseqüente debilidade do processo decisório interno (Almeida, 1997). Por pretender agregar vários interesses já formatados em consensos, a capacidade de expressão consistente de interesses organizados pelos Conselhos fica diluída. Propostas e interesses se descaracterizam em disputas anteriores a sua exposição a atores políticos de maior peso, como os da medicina privada ou organismos internacionais, fragilizando sua expressão na arena política.

Os Conselhos pressupõem longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes ou, então, a existência de arranjos associativos bem estruturados anteriores (Labra, 2003), que fortaleçam a representatividade. Portanto, é possível que sejam arranjos institucionais de desenho sofisticado ou difuso demais para se contraporem de imediato a sistemas de representações de interesses já muito mais maduros e convergentes e com interfaces privilegiadas no âmbito decisório.

Para preservar a qualidade da oferta do SUS, é possível que seja necessário tanto tentar acelerar o processo de amadurecimento dos conselhos, reforçando a consciência de seu papel político, quanto fomentar a organização de representações com maior convergência imediata de interesses e de discurso, como profissionais de saúde ativamente envolvidos na prestação de serviços em hospitais públicos, em especial os médicos.

Os serviços públicos da saúde podem vir a ser um local privilegiado para explorar a natureza, os interesses, os objetivos e as expectativas desses profissionais (entre os quais talvez os diretores de unidades de saúde pública sejam atores de destaque) e para a reconstituição de redes interorganizacionais de representação de interesses que possam favorecer o fortalecimento dos princípios básicos de equidade e integridade do SUS.

Contribuição individual

Maria Angélica Borges dos Santos trabalhou na concepção original, revisão bibliográfica e de dados, redação do texto; e Silvia Gerschman, na orientação teórica e bibliográfica e revisão final dos conceitos e textos

Referências bibliográficas

- Almeida CM 1997. Médicos e Assistência Médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4):656-676.
- Arretche M & Marques E 2002. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégia de governo. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3):455-479.
- Bahia L 2001. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):329-339.
- Bahia L 2001a. O mercado de planos de saúde no país: tendências pós-regulamentação, pp. 325-362. In B Negri & G Di Giovanni. *Brasil: radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.
- Biasotto G 2003. *Padrões de financiamento e tendência da composição dos gastos com saúde*. Apresentação no seminário "A regulação das relações entre o público e o privado nos Sistemas de Saúde das Américas". Rio de Janeiro, 1º e 2 de dezembro de 2003.
- Conde MVF 1996. *O Banco Mundial e a Saúde nos anos 90: um novo paradigma de reforma sanitária*. Dissertação de mestrado em Ciências na área de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Cordeiro HA 1991. *Sistema Único de Saúde*. Ayuri Editorial, Rio de Janeiro.
- Cordeiro HA 1984. *As empresas médicas*. Edições Graal, Rio de Janeiro.
- Cortes SMV 1998. Conselhos Municipais de Saúde: possibilidades dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva* 3(1):4-37.
- Costa NR & Ribeiro JM 2001. *A política regulatória e o setor Saúde: notas sobre o caso brasileiro*. Texto preparado para o Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde, Brasília, Senado Federal, 28-29 de agosto de 2001.
- Costa NR 1998. *Políticas públicas, justiça redistributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. Hucitec, São Paulo.
- Di Tella R & Savedorff WD 2001. *Diagnosis corruption: fraud in Latin American hospitals*. Capítulo 1 OPAS.
- Faveret Filho P & Oliveira JO 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas públicas* 3:139-162, junho, IPEA.
- Gerschman S et al. 2003. O setor filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *Revista de Administração Pública* 37(2):265-283.
- Gerschman S 2003. *Os Conselhos Municipais de Saúde. Atuação e representação das comunidades populares*. (Mimeo).
- Giaimo S 2001. Who pays for health care reform?, pp. 334-367. In P Pierson (ed.). *The new politics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- 1998, IBGE, Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2002. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária*. IBGE, Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2003. *Estatísticas do século XX*. IBGE, Rio de Janeiro.
- Immergut EM 1992. *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press.
- Immergut EM 1996. As regras do jogo; a lógica das políticas de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 11(30):139-165.
- Kilsztajn S et al. 2002. Gasto privado por classes de renda. *Revista da Associação Médica Brasileira* 48(3):258-262.
- Labra ME 1993. Associativismo no setor Saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis- Revista de Saúde Coletiva* 3(2):193-225.
- Labra ME 1999. Análise de políticas, modos de policy making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 9(2):131-166.
- Labra ME 2003. *Aspectos teóricos da implementação de políticas. Subsídios para analisar o SUS*. Texto apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. UnB, Brasília.
- López EM 2003. Um novo modelo de atenção para hospitais de pequeno porte. Apresentação no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. UnB, Brasília.
- Malloy JM 1991. *A política da previdência social no Brasil*. Ed. Graal, Rio de Janeiro.
- Marques EC 1997. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 43:67-102.
- Matos CA & Pompeu JC 2003. Onde estão os contratos? Análise da Relação entre os prestadores de serviços privados e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):629-644.
- Mattos R 2000. *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração da proposta de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de doutorado apresentada ao curso de pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.
- Mattos R & Costa NR 2003. Financiando o SUS: algumas

- questões para debate. *Trabalho, Educação e Saúde* 1(2):315-334.
- Medici AC 2002. *Financing health policies in Brazil: achievements, challenges and proposals*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank.
- Medici AC 2003. *Family spending on health in Brazil: some indirect evidence of the regressive nature of health spending in health*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank.
- Mendes EV 2002. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.
- Misoczky MCA 2003. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde. *Revista de Administração Pública* 37(1):75-98.
- Misoczky MCA 2003a. *O Banco Mundial, seu papel na reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde e sua influência na América Latina*. Documento para discussão apresentado no VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde. Angra dos Reis (RJ) de 19 a 23 de outubro de 2003.
- Nunes E 1997. *A gramática política brasileira*. Editora Zahar, Rio de Janeiro.
- Oliveira JAAO & Teixeira SMF 1986. *Imprevidência social: 60 anos de história da Previdência Social*. Editora Vozes, Rio de Janeiro.
- Pereira C, Costa N & Giovanella L 2001. O jogo da regulação da saúde suplementar. *Novos Estudos*. 60. CEBRAP: 151-163.
- Portela MC et al. 2002 *Hospitais Filantrópicos no Brasil*; Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador) - BNDES
- Ribeiro JM, Costa NR & Silva PLB 2001. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das regiões metropolitanas do Rio e de São Paulo, pp. 555-578. In B Negri & G Di Giovanni. *Brasil: Radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.
- Rizzoto MLF 2000. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil: um projeto de desmonte*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Souza RR 2002. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):449-460.
- Teixeira HV & Teixeira GT 2003. Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do SIOPS. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):379-392.
- Viana ALA & Dal Poz MR 1998. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Informe final *Série Estudos em Saúde Coletiva* 166.
- Werneck Vianna, MLT 1998 *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Editora Revan, Rio de Janeiro.

Artigo apresentado em 22/1/2004

Aprovado em 12/4/2004

Versão final apresentada em 28/6/2004