RUTH SILVIA STEUER

**UM EXERCÍCIO DE PODER NA SAÚDE:
O CASO INCOR.**

TESE DE DOUTORADO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ORIENTADORA:
Prof. Dra. SUELI GANDOLFI DALLARI

SÃO PAULO
1997

RUTH SILVIA STEUER

**UM EXERCÍCIO DE PODER NA SAÚDE:
O CASO INCOR.**

TESE DE DOUTORADO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ORIENTADORA:
Prof. Dra. SUELI GANDOLFI DALLARI

SÃO PAULO
1997

Agradecimentos

É pouco original, porém indispensável, destacar que muitas pessoas contribuíram de diferentes formas para a realização deste trabalho. Devo, entretanto, ressaltar algumas que foram fundamentais, imprescindíveis, que trazem sua marca no texto que virá a seguir.

Sueli Dallari, orientadora no sentido mais amplo que este termo pode compreender, tem me acompanhado desde o período de mestrado. Com sua mentalidade universal de fato, permitiu que o caminho torto de sua orientanda a conduzisse à conclusão desta etapa. A direção deste trabalho não deve ter sido tarefa fácil. Obrigada.

Dois outros professores são destacados. A Professora Ana Maria Malik, que ajudou em várias etapas, desde a escolha do hospital. Sua observação crítica e inteligente é sempre de muito auxílio. O Professor Carlos Guilherme da Mota contribuiu de forma essencial, fazendo a recomendação bibliográfica necessária para o entendimento da história contemporânea brasileira.

A atuação no extinto Banco Nacional ofereceu as condições concretas para a realização deste trabalho, além da possibilidade de vivenciar uma gestão de recursos humanos influente, criativa e inovadora. Deixo aqui o meu agradecimento aos profissionais que fizeram juntos este caminho, em especial a Luiz Edmundo Prestes Rosa que, além de ter me propiciado compor este time, leu os manuscritos e contribuiu também para o texto final.

Logicamente, não seria possível realizar o meu exercício de poder sem que o InCor abrisse as portas e permitisse uma análise absolutamente livre. A Administração superou qualquer expectativa de pesquisador e os entrevistados, além de conceder seu tempo e energia, expuseram abertamente suas idéias e possibilitaram muitos momentos de intensa aprendizagem. Seguindo a metodologia do trabalho, não devo mencionar nomes. Agradeço simplesmente a cada um que participou.

A leitura da Maria Luiza Anselmi, em Milão, sendo disponível em período tão particular, foi, além de inesperada, fundamental.

Ao Luigi, pela parceria e companheirismo, ao Saulo e à Joeci, pelo apoio contínuo, inclusive neste trabalho e à Reni, pela revisão do texto, deixo meu agradecimento muito especial.

Da minha família e demais amigos com quem compartilho a vida, evitarei menção nominal. A todos agradeço na figura da minha mãe, Carla Steuer, pelo seu exemplo.

Índice

Resumo
Abstract

1. Apresentação	1
2. Objetivos	3
3. Quadro teórico	
3.1. <i>Política: Estado, poder político e políticas sociais</i>	4
3.2. <i>Empresa: poder social e políticas de recursos humanos..</i>	11
3.2.1. <i>Políticas de recursos humanos</i>	17
3.3. <i>O hospital como organização</i>	21
3.4. <i>Recursos humanos e hospitais brasileiros</i>	26
4. Material e método	
4.1. <i>Estudo de caso</i>	29
4.2. <i>Campo de estudo</i>	31
4.3. <i>Fontes e coleta de dados</i>	31
4.4. <i>Apresentação de dados</i>	32
4.5. <i>Planos de análise</i>	33
5. Apresentação do caso: uma história do Instituto do Coração	35
5.1. <i>O Professor Zerbini</i>	37
5.2. <i>Terreno e construção do prédio</i>	39
5.3. <i>A equipe do planejamento operacional</i>	43
5.4. <i>A inauguração</i>	45
5.5. <i>A Fundação como saída alternativa</i>	47
5.6. <i>A implantação do modelo</i>	51
5.7. <i>O crescimento continua</i>	53
5.8. <i>A internação de Tancredo Neves</i>	54
5.9. <i>1985/1989: Gerenciando a fama</i>	56
5.10. <i>A partir de 1989</i>	61
5.11. <i>A relação com a Fundação</i>	64
5.12. <i>A Fundação E.J. Zerbini como organização</i>	66
5.13. <i>INCOR hoje</i>	69
5.14. <i>Visão de futuro</i>	74

6. Práticas e políticas de gestão de recursos humanos.....	79
6.1. Liderança	81
6.2. Modelo de gestão	86
6.3. Clima Organizacional	89
6.4. Representação	92
6.5. Estrutura	95
6.6. A área de recursos humanos	
6.6.1. RH médico	96
6.6.2. RH não médico	102
6.6.2.1. Aspectos da administração de pessoal....	105
6.6.2.2. Aspectos de desenvolvimento de RH.....	113
6.6.2.3. Assistência de saúde do servidor.....	115
6.6.2.4. Aspectos qualitativos	116
7. Análise	
7.1. O Brasil como pano de fundo:	
Política e planejamento organizacional	119
7.2. Planejamento organizacional e políticas de RH	147
8. Conclusões	159
9. Considerações finais.....	161
10. Bibliografia	164

Anexos

Roteiro de entrevista

Organogramas

RESUMO

Este trabalho pretende contribuir para o entendimento do fenômeno do poder na organização, aplicando o referencial teórico proveniente do estudo da Política para a leitura da realidade organizacional.

Após breve revisão teórica sobre Política e sobre Empresa, apresenta-se o setor de atividades em que se desenvolve a organização estudada. A seguir são analisados dois diferentes mecanismos de poder. Para a discussão da correlação entre Política e planejamento organizacional, é escrita a história de um hospital, sobrepondo-se posteriormente este relato ao cenário onde a organização se desenvolve: o Brasil pós-revolução de 1964. O segundo plano de análise focaliza a correspondência entre planejamento organizacional e políticas de recursos humanos.

A discussão das semelhanças e diferenças entre políticas sociais e políticas de recursos humanos realiza-se através de três características básicas: funções, formas e base de formulação.

ABSTRACT

The aim of this study is to contribute to comprehension of the phenomenon of power within an organization by applying the theoretical framework of Political Science to interpret its organizational functioning.

After briefly reviewing theories on Political Science and Business Management, the specific area in which the organization under study develops its activities is presented. Next, the story of the organization is unfolded and two different mechanisms of power are analysed. To discuss the correlations between Politics and organizational planning, the story presented is superimposed to the scenario in which this hospital acts, Brazil after the 1964 revolution. The second layer of analysis focuses on the correspondence between organizational planning and the human resources policies.

The discussion on differences and similarities between social policies and human resources policies is carried out according to three basic characteristics: functions, forms and formulation basis.

A presunção-
tão desculpável e até divertida nos moços-
é o mais certo sinal de burrice nos velhos.
O derradeiro fruto da Árvore da Ciência é a simplicidade.
Mario Quintana - Da preguiça como método de trabalho.

1. Apresentação

Este trabalho nasceu de uma pergunta: "Como separar a Política da prática de recursos humanos?" Tratava-se de debate com participação de vários dirigentes de instituições de saúde brasileiras. A experiência profissional na área de recursos humanos também traz constantemente a indagação acerca dos usos da palavra política. A língua inglesa distingue significados através do uso de duas expressões, *policy* e *politics*.

De um lado, há a Política referente ao Estado, maior sistema político que se conhece e, de outro, as políticas de recursos humanos referentes à Organização, uma forma contemporânea de estruturação do trabalho. Estado e Organização têm em comum alguns elementos básicos: são associações humanas, que se sustentam sobre uma base material, com alguma finalidade e onde é evidenciado o fenômeno do poder. De um lado o poder político do Estado, único detentor legítimo do uso da violência, segundo Weber. De outro, o poder da Organização, considerada por Galbraith como a fonte mais importante de poder nas sociedades modernas.

Apesar da diferença entre as fontes do direito ao exercício do poder e dos instrumentos pelos quais o poder se realiza, nos dois tipos de associação o exercício do poder está vinculado à aplicação de políticas, ou regras, diretrizes de ação, ou ainda parâmetros para a tomada de decisão.

"A gestão de recursos humanos consiste em medidas (políticas, procedimentos, etc.) e atividades (recrutamento, seleção, etc.) que envolvem os recursos humanos e visam a eficácia e desempenho ótimos dos indivíduos e da organização"¹. Segundo estes autores, a gestão de recursos humanos é parte da direção geral da organização com um poder às vezes consultivo e às vezes de tomada de decisão, dois diferentes modos de inserção no exercício do poder.

Nota-se a palavra política na própria definição da função de recursos humanos.

Com este trabalho pretende-se contribuir para o entendimento sobre a questão da política na gestão de recursos humanos. Qual a relação da Política, entendida como atividade referente ao Estado, na formulação e implementação das políticas de recursos

¹ SEKIOU, L.; BLONDIN, L.; FABI, B.; CHEVALIER, F.; HORTS, C.H.B. *Gestion des ressources humaines*. Montréal, Les éditions 4L Inc, 1992.

humanos em uma organização específica? Qual o papel das políticas de recursos humanos nas relações sociais que ocorrem na organização?

A hipótese formulada é que, além de serem úteis como ferramentas para o alcance dos objetivos organizacionais, as políticas de recursos humanos reproduzem e trazem para a realidade da vida cotidiana da organização, em sua especificidade, a situação política da sociedade da qual a organização faz parte, como se as políticas de recursos humanos garantissem que a organização refletisse uma amostra das relações sociais do Estado que ela integra. A chave desta passagem se daria através das políticas sociais. Seria estabelecida por conseguinte uma equação, onde políticas sociais estariam para o Estado, assim como as políticas de recursos humanos estariam para a Organização.

A tese concretiza-se através de uma sequência de etapas. A primeira delas é a revisão de alguns conceitos básicos de Política, de organização e, considerando que será analisado o caso de um hospital, a situação específica de inserção do hospital no sistema de saúde (*capítulo 3*). A seguir apresenta-se o caminho metodológico adotado (*capítulo 4*), com o rigor requerido pela opção por pesquisa qualitativa. O *capítulo 5* é destinado ao relato história da organização, segundo percepção dos participantes e levantamento documental. A gestão de recursos humanos, com as políticas de recursos humanos adotadas, é apresentada no *capítulo 6*, na perspectiva de contemplar a questão humana na organização segundo estrutura temática originária da discussão de recursos humanos em abordagem estratégica, independentemente do modo de decodificação aplicado na realidade hospitalar ou do seu funcionamento. Dois planos de análise são realizados no *capítulo 8*: o primeiro deles tem por objeto a correlação entre Política e planejamento organizacional, sobrepondo a história da organização no cenário em que ela se viabiliza, representado pela história do Brasil no período relacionado; o segundo focaliza a correspondência entre planejamento organizacional e políticas de recursos humanos. Após as conclusões, o capítulo final concentra-se na comparação entre políticas sociais e políticas de recursos humanos.

Trata-se, portanto, de proposta de dissecação de um objeto de estudo, de desnudamento de uma situação específica. A avaliação da instituição, da administração e de pessoas não integra o conjunto de objetivos fixados, ou mesmo possíveis em virtude do método aplicado.

O objetivo deste trabalho é o entendimento, a análise, o exercício da reflexão. Não se pretende ser conclusivo, nem generalizar os achados, apenas testar um referencial de análise. Com leitura, disciplina e simplicidade pretende-se agregar algum valor ao conhecimento sobre a vida organizacional, através de um modo de leitura da realidade. Nesta forma de pensamento testa-se a utilização da conceituação básica proveniente do estudo sobre a Política para a leitura da organização. Espera-se que este modo de reflexão seja útil para alguns profissionais.

2. Objetivos

É objetivo deste trabalho analisar o exercício do poder na organização sob a ótica do estudo sobre política, investigando a existência de correlação entre Política (Estado) e Organização (empresa/hospital), na perspectiva da gestão de recursos humanos.

Tem-se como hipótese que as políticas de recursos humanos atuem como instrumento de reprodução das relações sociais que se efetivam no Estado que a empresa integra, além de sua finalidade explícita de dominação para alcance dos objetivos organizacionais.

Especificamente pretende-se:

- traçar o o cenário em que a organização se desenvolveu a partir de 1963, data de sua criação;
- escrever a história da empresa;
- descrever a gestão de recursos da organização, segundo abordagem estratégica;
- verificar a correlação entre Política e planejamento organizacional;
- analisar a correspondência entre as funções exercidas pelas políticas sociais e aquelas desempenhadas pelas políticas de recursos humanos, em seu respectivo campo de atuação.

Muito bem:
quando se dá a mesma denominação
a duas coisas, uma maior e outra menor,
são elas semelhantes ou dessemelhantes
naquilo que lhes valeu tal denominação?

Platão - A República.

3. Quadro teórico

3.1. Política: Estado, poder político e políticas sociais

Uma alternativa para dar início à revisão teórica sobre política é relembrar alguns autores clássicos e depreender os temas básicos que integram esta discussão.

O primeiro tema a ser destacado é a justiça. Para isto menciona-se Platão² (429-347 a.C.) e Aristóteles³ (384-322 a.C.), que vêem a cidade como fruto da necessidade humana. Suas obras referem-se a uma sociedade que se sustenta no conceito de justiça, conceito diverso segundo os autores. Considerando que justiça e injustiça originam-se nas relações entre os homens, Platão alega que o objetivo da cidade é alcançar a maior felicidade possível para a cidade inteira. Reconhecendo a existência de três princípios da alma humana (a razão, o desejo e a cólera), Platão caracteriza o governo como o domínio do racional. A República é um ideal de busca desta maior felicidade possível. De outro lado, para Aristóteles, há homens que nasceram para obedecer e outros para mandar, significando justiça a utilidade geral, ou a igualdade entre iguais. Reconhecendo a paixão humana e "que o desejo tem qualquer coisa de bestial", Aristóteles define o governo como uma certa ordem estabelecida entre os que habitam a cidade, que se efetiva através das leis.

O entendimento da política como uma disciplina autônoma, separada da moral e da religião é atribuído a Maquiavel⁴ (1469 - 1527). O Príncipe⁵ é obra de exílio, escrita ao longo de quinze anos, onde Maquiavel, assumindo o papel atualmente exercido por um consultor, descreve os meios para a formação e conservação dos principados, partindo da constatação de que o poder origina-se da força e da astúcia.

² PLATÃO *Diálogos: A República*. Trad. Leonel Vallandro. Edipro S.A. s.d.

³ ARISTÓTELES *A política*. Trad. Nestor Silveira Chaves. Ed. Tecnoprint S.A. s.d.

⁴ GRUPPI, L. *Tudo começou com Maquiavel*. L&PM Editores Ltda. Porto Alegre, 1980.

⁵ MACHIAVELLI, N. *O príncipe*. Trad. Torrieri Guimarães. Hemus - Livraria Editora Ltda., s.d.

"Dessa forma, Maquiavel retoma aqui um tema que já foi de Aristóteles: a política é a arte do possível, é a arte da realidade que pode ser efetivada, a qual leva em conta como as coisas *estão* e não como elas *deveriam estar*. Existe aqui uma distinção nítida entre política e moral, pois esta última é que se ocupa do que deveria ser"⁶.

Percebe-se claramente que, ao se fixar na verificação dos fatos e posturas que determinam a conquista e manutenção dos principados, Maquiavel introduz o tema força, como elemento central da reflexão sobre política. Com o passar dos séculos, a combinação entre os temas justiça e força foi traduzida no debate sobre a relação entre direito e poder, sobre a legitimidade do poder e sobre os limites do poder.

Também a Maquiavel é atribuída a origem do nome Estado, que "através de modificações ainda não bem esclarecidas passou de um significado genérico de situação para um significado específico de condição de posse permanente e exclusiva de um território e de comando sobre os seus respectivos habitantes"⁷.

Estado e política, desde o início da ciência política, trazem a noção da relação entre homens e têm em comum o fenômeno do poder fundamentado no uso da força.

Rousseau⁸ (1712-1778) apresenta opinião contrária à tese de que a ordem social provenha da natureza, destaca a importância do consenso como fundamento de poder, caracterizando a sociedade política como o resultado de uma opção humana, o que supõe a unanimidade pelo menos uma vez, na passagem do estado da natureza para a ordem social. Ao longo do Contrato Social, Rousseau descreve as condições da formação da pessoa pública, corpo político ou Estado através da união da vontade de todas as pessoas, o que consolida a vontade geral. Nesta ótica, é a vontade geral que dirige as forças do Estado, e não somente a força, pois, "a força fez os primeiros escravos, sua covardia os perpetuou"⁹. Sendo as leis atos da vontade geral, "o que o homem perde pelo contrato social é sua liberdade natural e um direito ilimitado a tudo o que lhe diz respeito e pode alcançar. O que ele ganha, é a liberdade civil e a propriedade de tudo o que possui"¹⁰.

É famosa a frase de Marx (1818-1883) em que ele diz que não é a consciência do homem que determina a sua existência e sim o contrário. Segundo a perspectiva hegelomarxista "a primeira forma de coletividade se constitui como tal independentemente de (e em contraste com) as intenções conscientes dos seus membros individuais, sempre voltadas para finalidades particulares: e, precisamente por isso, não se deve esperar uma

⁶ GRUPPI, L. op. cit. p. 11

⁷ BOBBIO, N. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 4a. ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.p.67.

⁸ ROUSSEAU, J.J. *O contrato social: princípios de direito político*. Editora Tecnoprint S.A., s.d.

⁹ ROUSSEAU, J.J. op. cit. p. 28

¹⁰ ROUSSEAU, J.J. op. cit. p. 39

ilusória e ineficaz fundação no concurso de vontades individuais livres, tal como o estado da natureza para se traduzir em sociedade civil "¹¹.

Está introduzida uma outra perspectiva, em que o Estado é percebido como um instrumento de dominação de classe, calcada na questão econômica. Também fica evidenciada uma distinção entre Estado e sociedade civil. Nesta concepção de sociedade é reconhecida a existência de diferentes classes sociais, verifica-se o conflito entre elas e se distinguem dois momentos, em cada sociedade histórica, ao menos a partir de uma certa fase de desenvolvimento econômico. O primeiro e determinante momento é a base econômica, sobre a qual se eleva o segundo momento, a superestrutura, a que pertence o Estado.

Na perspectiva marxista "é a sociedade civil, entendida como o conjunto das relações econômicas, que explica o surgimento do Estado, seu caráter, a natureza de suas leis e assim por diante... Não é o Estado que determina a estrutura econômica, mas sim o contrário¹². Engels(1820-1895) diz que o Estado resulta da divisão da sociedade em classes, que é a expressão da dominação de uma classe, mas também um momento de equilíbrio jurídico e político, um momento de mediação¹³.

Ao longo deste texto percebe-se a introdução paulatina de alguns temas-chave para elucidar a articulação entre a ciência do Estado e o campo da prática da administração, refletida no uso de uma única denominação (política e políticas de recursos humanos), o que reflete o objetivo básico deste estudo.

Iniciada com o tema justiça, a discussão sobre política conduziu de modo imediato às questões do Estado, do poder, da força e da dominação. Um próximo passo levou à abordagem do tema consenso, voltando imediatamente para a questão da dominação, desta vez sob uma perspectiva de classes sociais e da distinção entre Estado e sociedade civil.

Importa agora adotar algumas definições básicas, que servirão como apoio para reflexões posteriores, uma vez que não cabe aqui fazer uma evolução histórica dos pensadores políticos.

O reconhecimento de que o fenômeno do poder é inerente à associação humana é uma premissa, sendo o poder político uma das três formas de poder social¹⁴. Este poder político é exercido através de dois meios básicos: a força e o consenso¹⁵. A ciência

¹¹ BOBBIO, N.; BOVERO, M. *Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 3a. ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1991. p. 146 e 147.

¹² GRUPPI, L. op. cit. p. 27.

¹³ GRUPPI, L. op. cit. p. 30 e 31

¹⁴ BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade*. op. cit. p. 83

¹⁵ MAAR, W.L. *O que é política*. 14a.ed. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1992. (Col. Primeiros Passos)

política se inicia pelo entendimento do Estado, maior organização política que se conhece, definido de forma insuperável por Weber (1864-1920) como "a relação de dominação de homens sobre homens que se sustenta por meio da violência legítima", sendo política "o conjunto de esforços feitos com vistas a participar do poder ou a influenciar a divisão de poder, seja entre Estados, seja no interior de um único Estado"¹⁶. Assim, a partir da concepção weberiana adotada por este trabalho, o Estado é definido mediante dois elementos constitutivos: a presença de um aparato administrativo com função de prover a prestação de serviços públicos e o monopólio legítimo da força física, que é o fio condutor do sistema político¹⁷.

Diferenciando o significado dos termos poder e dominação, Weber¹⁸ esclarece que, enquanto "poder significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências, seja qual for o fundamento dessa probabilidade", "dominação é a probabilidade de encontrar obediência a uma ordem de determinado conteúdo, entre determinadas pessoas indicáveis". Assim, o termo dominação é mais preciso porque ele está associado à probabilidade de encontrar obediência a uma ordem, enquanto "todas as qualidades imagináveis de uma pessoa e todas as espécies de constelações possíveis podem pôr alguém em condições de impor sua vontade, numa situação dada".

Salienta-se neste estudo uma conceituação derivada da sociologia, sem aprofundar a perspectiva jurídica, onde o Estado se caracteriza por três elementos constitutivos: povo, território e soberania, segundo Bobbio¹⁹ e quatro elementos básicos: poder político, povo, território e finalidade, segundo Dallari²⁰. A ênfase na perspectiva sociológica permitirá raciocinar sobre a correspondência entre Estado e empresa, o que é mais compatível aos objetivos do presente estudo.

Fica pendente o confronto entre os conceitos de Estado e sociedade civil. Para Gruppi, o Estado (sociedade política) se diferencia da sociedade civil a partir da sociedade burguesa e esta diferenciação deriva da forma de reconhecimento da propriedade, "pois na sociedade civil existe a transmissão da propriedade, mas não há transmissão do poder político. A sociedade política e a sociedade civil obedecem a normas e leis diferentes."²¹

¹⁶ WEBER, M. *Ciência e política, duas vocações*. São Paulo, Cultrix, s.d. p. 56

¹⁷ BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade*. op. cit. p. 69.

¹⁸ WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*.

Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbos, 3a. ed., Brasília, D.F., Ed.

Universidade de Brasília, 1994. p. 33.

¹⁹ BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade*. op. cit. p. 94.

²⁰ DALLARI, D.A. *Elementos de teoria geral do Estado*. 6a ed, São Paulo, Saraiva, 1979.

²¹ GRUPPI, L. op. cit. p. 16.

"A contraposição entre a sociedade e o Estado que alça vôo com o nascimento da sociedade burguesa é a consequência natural de uma diferenciação que ocorre nas coisas e, ao mesmo tempo de uma consciente divisão de tarefas, cada vez mais necessária, entre os que se ocupam da "riqueza das nações" e os que se ocupam das instituições políticas, entre a economia política num primeiro tempo e a sociologia num segundo tempo ... de um lado a ciência do Estado e de outro a administração." ²²

A distinção entre Estado e sociedade passa por uma intrincada rede de temas, da caracterização do que é público em contrapartida ao que possa ser considerado privado. Este debate ganha diferente rumo de acordo com a visão de Estado. Em algumas sociedades de capitalismo avançado, tais como os países da Europa Ocidental, este debate culmina no modelo de Estado Social e Democrático de Direito, que "produz a quebra do binômio clássico entre o público e o privado, como se o público fosse definido pelo Estado e o privado pela sociedade. No pleno exercício da soberania democrática, todos os papéis do poder público são definidos pela sociedade. O Estado, na democracia, pode ser somente um instrumento da sociedade, porque não pode legitimar-se em si mesmo"²³. O Estado de Bem Estar Social atribui aos poderes públicos o dever de assegurar a todos os cidadãos uma série de prestações sociais que lhes garantam um grau mínimo de qualidade de vida. Estas prestações sociais passam a ser concebidas como verdadeiros direitos políticos.

Barcellona²⁴ compara este conjunto de direitos a uma quota mínima de ingresso, que dentro de uma noção tradicional de cidadania, seria entendido como cidadania social. Nesta noção, a cidadania baseia-se nos direitos individuais e compõe-se de três momentos: político, civil e social.

Conforme esta visão europeia, as prestações sociais resultam de um pacto entre Estado, capital e trabalho, segundo o qual capitalistas renunciam a parte de sua autonomia e lucros no curto prazo e trabalhadores renunciam a parte de suas reivindicações, em prol da formação de um excedente de recursos financeiros, composto pela tributação de ambas as partes, a ser gerido pelo Estado. Desta forma, o excedente passa a ser designado de capital social e assume duas formas fundamentais: o investimento social (infra-estrutura, por exemplo) e o consumo social (despesas com políticas sociais, como saúde e educação)²⁵.

²² BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade*. op. cit. p. 50.

²³ ORTEGA, L. El Estado como instrumento de la sociedad. *Sistema (Revista de Ciencias Sociales)*, (118-119): 201-217, 1994.

²⁴ BARCELLONA, P. Los sujetos y las normas: el concepto de Estado social. In: OLIVAS, E. *Problemas de legitimación en el Estado social*. Madrid, Editorial Trotla S.A., 1991.

²⁵ SANTOS, B.S. O Estado, a sociedade e políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (23): 13-73, 1987.

Ainda segundo Santos, o capital social tem três funções. A primeira delas é oferecer condições gerais de acumulação, fazendo investimentos em volumes superiores aos que os capitalistas individuais possam fazer. Justifica-se por conseguinte a redução dos lucros no curto prazo, pois estes investimentos redundarão em incremento do retorno no longo prazo, através de aumentos de produtividade ou de diminuição dos custos de reprodução da força de trabalho. A segunda função é representada pelo crescimento da procura interna de bens e de serviços que as despesas em capital social favorecem. "Em terceiro e último lugar, o capital social permite ao Estado realizar a harmonia social porque assenta na institucionalização (isto é, normalização, desradicalização) dos conflitos entre capital e o trabalho e porque proporciona uma redistribuição de rendimentos que favorece as classes trabalhadores e toda a restante população carenciada, em todos criando um interesse na manutenção do sistema de relações políticas, sociais e econômicas, que torna possível essa redistribuição."²⁶ Trata-se portanto de uma compatibilização entre capitalismo e democracia.

Em países que não viviam a democracia, nem mesmo o exercício dos mais elementares direitos humanos, nos anos 70, o debate entre teóricos latino-americanos girou em torno da teoria do desenvolvimento associado-dependente. "Pois bem, na situação de países como o Brasil, nos quais o Estado é parte, e parte importante, da ordem produtiva (privada?) é preciso também romper com a falta de entrelaçamento sugerida pela velha oposição entre Estado e sociedade civil, entre ordem política e ordem privada. Mas a ruptura dá-se a partir do pólo oposto: não se trata apenas de que a hegemonia se desenvolve ao nível das classes como luta *na sociedade*, mas trata-se de que o Estado, ao tornar-se "Estado-produtor" torna-se parte integrante da ordem econômica e, *ipso facto*, da sociedade civil"²⁷.

Cardoso escreveu que o estudo das sociedades latino-americanas conduz ao descrédito tanto da visão do Estado como um "aparelho controlado pelo estamento burocrático", o "protetor de todas as classes", como do pólo oposto, através do qual o Estado é visto como o "comitê executivo" das classes dominantes. Defendeu, conseqüentemente, o entrelaçamento entre Estado e sociedade, utilizando a imagem de um sistema político composto de anéis que cortam horizontalmente as duas organizações mais atuantes no caso brasileiro: a Grande Empresa Privada e a Burocracia Pública²⁸. "Toda a política econômica *post 64* (apesar de suas variantes) orientou-se no sentido do

²⁶ SANTOS, B.S. O Estado, a sociedade e políticas sociais: o caso das políticas de saúde. op.cit. p. 15.

²⁷ CARDOSO, F.H. Desenvolvimento associado-dependente e teoria democrática. In: STEPAN, A., coord. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.p.457

²⁸ CARDOSO, F.H. - *Notas sobre estado e dependência*. Caderno 11, CEBRAP, 1973.

fortalecimento da Grande Unidade de Produção. Neste sentido, tanto a Empresa Pública como a Empresa Privada beneficiaram-se com as políticas adotadas. Por outro lado, o Estado fortaleceu sua capacidade de regulamentação"²⁹.

A concepção de cidadania, de padrão mínimo e de vida digna determinam a formação, o modo de investimento do capital social, as bases da formulação das políticas sociais e da forma pela qual os bens e serviços tidos como básicos tendem a ser produzidos e distribuídos.

No tocante a políticas sociais brasileiras, a regulamentação foi caracterizada por Draibe³⁰ como Welfare Residual, ou seja, "a intervenção do Estado é de corte seletivo (focalizada sobre os grupos ou indivíduos vulneráveis), tem caráter limitado no tempo e cessa sempre que a situação emergencial é superada". Esta autora reconhece porém que os aspectos suplementares da política de assistência pública sejam menos residuais, devido à situação generalizada de carência da população, que determina que os "grupos de risco" aos quais são destinadas acabam por representar parcelas expressivas da população.

As políticas sociais podem ter caráter compensatório, atuando como mecanismos corretores e redistributivos, mas no caso brasileiro elas tendem, na sua maioria, a reproduzir o sistema de desigualdades preexistentes na sociedade. "Assim, a inexistência de mínimos sociais (*in natura*, renda, serviços ou bens) extensivos a todos os cidadãos independentemente de sua posição no mercado de trabalho, faz com que, na relação Estado/mercado, sejam de fato muito frágeis, no Brasil, os mecanismos corretores que, em princípio, deveriam operar através das políticas sociais"³¹.

Simplificando, Malik apresenta o significado das políticas sociais no caso brasileiro: "Entre os objetivos do governo na implementação das políticas sociais está, sem dúvida, o de diminuir o impacto dos conflitos sociais decorrentes das desigualdades existentes na sociedade, tentando tornar, de alguma maneira, suportável a vida dos indivíduos"³². Nesta observação da realidade, as expressões "padrões mínimos", "condições dignas" e "cidadania social" são traduzidas por vida suportável.

²⁹ CARDOSO, F.H. *Notas sobre estado e dependência*. op. cit. p.20

³⁰ DRAIBE, S.M. *As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas*. In: IPEA/IPLAN *Para a década de 90. Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas*. Brasília, 1990. (Coleção: Políticas Sociais e Organização do Trabalho. Volume 4).

³¹ DRAIBE, S.M. op.cit. p. 10.

³² MALIK, A. M. *Formulação de políticas públicas: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo*. São Paulo, 1991. [Tese de doutorado - Faculdade de Medicina da USP], p.8

Integram este temário de políticas sociais os mecanismos de aposentadoria e pensões, a legislação trabalhista, as políticas de saúde, de educação, de assistência social e de habitação. As várias constituições definem o núcleo da intervenção social do Estado.

3.2. Empresa: poder social e políticas de recursos humanos

No final do século XVIII, a produção domiciliar e manufatureira deu lugar à fábrica, que paulatinamente transformou-se na organização moderna. Como qualquer organização humana, nela se verifica o exercício do poder entendido como "a submissão de alguns à vontade de outros"³³. Trata-se de um poder cujas fontes e instrumentos diferenciam-se do poder político do Estado, único detentor legítimo do uso da violência, segundo Weber. É o poder da organização, considerado por Galbraith como a fonte mais importante de poder nas sociedades modernas.

Galbraith apresenta uma tipologia do poder calcada no instrumento prioritário para manejá-lo ou exercê-lo. O poder condigno obtém submissão através da ênfase na punição, o poder compensatório acena com benefícios ou recompensas e o poder condicionado ocasiona a mudança de convicção. O poder condigno pode ser relacionado à origem da palavra "trabalho", que era um instrumento de punição ao escravo. Do trabalho escravo ao trabalho assalariado verifica-se a mudança de instrumento, a introdução do poder compensatório na relação de produção. A transição sucessiva é refletida na passagem da Administração Científica para a Teoria das Organizações, com seu exercício de poder também condicionado.

Taylor e Fayol, representantes da Administração Científica, cada um com sua abordagem característica, propunham a busca de maior eficiência no trabalho através da organização, da racionalização dos tempos e movimentos, do extremo controle do processo produtivo. O exercício de um poder autoritário por quem detivesse o conhecimento, dito científico porque representava "a melhor alternativa" para se obter a produtividade máxima, era inerente às suas propostas. Apesar de ser posterior à formulação marxista, não se destacava o antagonismo de interesses entre os detentores dos meios de produção e a "mão de obra". Como no filme "Tempos Modernos", a visão é de uma linha de montagem, da decomposição do processo de trabalho, para alcançar o

³³ GALBRAITH, J.K. *Anatomia do poder*. São Paulo, Pioneira, 1984.

objetivo de produzir mais. Esta lógica é compatível com o modelo *fordista*, com sua produção em escala, típica da sociedade industrial.

A experiência de Elton Mayo, em 1927, introduziu a dimensão psicológica na relação de trabalho. A satisfação de necessidades de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e auto-realização desta "mão de obra" começou a ser vista como meio para alcance de maior produtividade e deu início à Escola das Relações Humanas. Seu conceito básico era que, se o trabalhador estivesse satisfeito, ele produziria mais.

Em sua revisão teórica sobre a matéria, Motta³⁴ atribuiu a transição da Teoria da Administração para a Teoria das Organizações a March & Simon, em meados do século XX, quando demonstraram a inexistência da correlação direta entre satisfação no trabalho e produtividade. O conceito de produtividade foi substituído pela busca de eficiência do sistema. Métodos da psicologia social, da sociologia e da ciência política norte-americana começaram a ser utilizados para a análise e intervenção na empresa. A organização passou a ser entendida como uma rede de tomada de decisões, onde a eficiência depende da articulação entre fatores estruturais e comportamentais. O processo decisório passou a ocupar o centro das atenções.

A imensa proliferação dos esquemas teóricos relativos à empresa deve-se à utilização posterior das mais variadas abordagens provenientes de outras disciplinas, na tentativa de compreender o fenômeno que se disseminou de forma epidêmica ao longo deste século. Da sociologia compreensiva provém o estudo da burocracia e seus críticos; modelos funcionalistas e estruturalistas dividem espaço acadêmico com os esquemas teóricos baseados na teoria geral dos sistemas, como também na teoria da contingência. A análise organizacional sob orientação psicanalítica convive com estudos antropológicos e etnográficos. De grande parte dos estudos podem ser apreendidas observações úteis para o entendimento desta forma moderna de organização do trabalho, designada por empresa, organização ou corporação, conforme o autor estudado.

A percepção da existência de conflitos entre os grupos sociais na empresa, ainda segundo Motta, ocorreu na segunda metade deste século, por teóricos de diferentes correntes de pensamento, tendo em comum a obediência a um mesmo paradigma teórico, resumido por Dahrendorf da seguinte forma:

- a) a sociedade industrial pode ser entendida como um sistema em contínua mudança.
- b) o conflito entre os grupos sociais deve ser visto como um processo social básico.
- c) o conflito entre os grupos tende à institucionalização.

³⁴ MOTTA, F. C. P. Organização e poder: empresa, estado e escola. São Paulo, 1985. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Educação da USP].

- d) a resolução dos conflitos entre os grupos determina a direção da mudança.
- e) o bem estar social está na dependência do resultado dos conflitos entre os grupos³⁵.

As profundas alterações dos sistemas sociais ocasionadas por fatores de ordem política, econômica, sócio-cultural, tecnológica geraram o debate acerca da sociedade pós-industrial. Caracterizando a sociedade pós-capitalista, Peter Drucker³⁶ enfatiza a importância das organizações no cenário internacional. O sucesso destas organizações depende fundamentalmente da qualificação e do comprometimento de seus empregados, denominados "trabalhadores do conhecimento", que mantêm uma relação de interdependência com os meios de produção, pois o conhecimento também exerce o papel de "meio de produção". A qualificação técnica necessária para o exercício destas atividades impede a utilização da supervisão e controle tradicionais.

Coriat³⁷ reconhece o esgotamento do modelo *fordista* em função de dois fatores principais: os limites técnico-econômicos da linha de montagem e a modificação drástica nas formas de competição e concorrência entre as empresas, pois agora cresce a importância da qualidade e da diferenciação dos produtos. Assim, se o fordismo clássico baseia-se em modos de comando brutos do trabalho não qualificado e adapta-se à produção em escala, a evolução tecnológica requer novas modalidades de comprometimento dos trabalhadores.

Verifica-se com nitidez que as alternativas de direcionamento de uma organização constituída por trabalhadores mais qualificados e, de certa forma, mais independentes, na medida que o conhecimento é entendido como meio de produção, impõem qualificação compatível no exercício de poder. Atualmente não basta obter obediência ou submissão. Almeja-se o comprometimento, o engajamento do trabalhador. Se antes gerenciava-se a "mão-de-obra", hoje pretende-se liderar pessoas.

"Mas a organização possui muito poder social. Ela necessita dele para tomar decisões a respeito das pessoas - quem contratar, quem demitir, quem promover. Ela necessita de poder para estabelecer as regras e a disciplina necessárias à produção de resultados - por exemplo, atribuição de trabalhos e tarefas às pessoas e definição de horários de trabalho. Ela necessita de poder para decidir que fábricas construir e onde, e que fábricas fechar. Ela necessita de poder para fixar preços ... Este poder pode ser regulamentado, limitado e restrito pelo poder político"³⁸. Ou seja, entre os vários

³⁵ MOTTA, F.C.P. - op. cit. p. 441.

³⁶ DRUCKER, P.F. *A sociedade pós-capitalista*. São Paulo, Pioneira, 1993

³⁷ CORIAT, B. Du Fordisme au post-fordisme. In: *Une decennie de modernization: quels modeles socio-productifs?* CNRS-Entreprises Agences Publiques Ministères, Paris, 1992.

³⁸ DRUCKER, P.F. *A sociedade pós-capitalista*. op.cit. p.73

poderes da empresa, de decidir o quê, como, onde produzir e qual preço fixar, está o poder exercido frente aos seus trabalhadores. Depreende-se deste fragmento de texto que parte expressiva do que Drucker reconhece como poder social é referente à questão dos recursos humanos, através das formas adotadas para escolher e diferenciar pessoas, para estabelecer o modelo de comportamento esperado e aplicar a alternativa de processo de produção.

A questão dos recursos humanos ganhou ênfase nos anos oitenta, a partir da busca de compreensão dos motivos que ocasionaram a perda de competitividade de várias empresas norte-americanas frente às indústrias japonesa e alemã. Grande parte dos estudos apontaram, como fator determinante do fenômeno analisado, a negligência frente a vários aspectos referentes a este tema.

Dertoulos³⁹ ressaltou a correlação entre formação da força de trabalho e sua posterior eficácia no mercado de trabalho. A educação e treinamento foram identificados como elementos essenciais para a formação de um trabalhador mais flexível, com possibilidade de responder mais rapidamente às imprevisíveis exigências do mercado de trabalho. Segundo esta concepção, após a educação formal nas escolas, caberia à empresa o conjunto de iniciativas necessárias para o desenvolvimento das habilidades de seus empregados.

A discussão de diferentes modelos de organização de trabalho também passou a ocupar a agenda. Hirata⁴⁰ compara as alternativas sueca, italiana e japonesa e, além da importância da formação do trabalhador, destaca outros fatores, como a estabilidade no emprego, as mais discretas diferenciações salariais dentro da empresa, a seriedade nas contratações salariais, o baixo nível de desemprego e a existência de relações relativamente harmônicas entre novas tecnologias e trabalho. Desta forma são introduzidas características diversas da relação de trabalho, que a determinam e transcendem os aspectos exclusivamente comportamentais.

Planejamento estratégico e planejamento de recursos humanos foram progressivamente mais difundidos como métodos para direcionar o conjunto da empresa, obtendo, por conseguinte maior competitividade empresarial. Albuquerque⁴¹ define competitividade empresarial como a capacidade de a empresa formular e implementar estratégias concorrenciais que lhe permitam obter e manter, a longo prazo, posição

³⁹ DERTOULOS, M.; LESTER, R.; SOLOW R. *Made in America: regaining the productive edge*. MIT press, 1989.

⁴⁰ HIRATA, H.; MARX, R.; SALERNO, M.S.; FERREIRA, C.G. *Alternativas sueca, italiana e japonesa ao paradigma fordista: elementos para uma discussão sobre o caso brasileiro*. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da USP, 1991. (Coleção Documentos, Série Política Científica e Tecnológica, 6)

⁴¹ ALBUQUERQUE, L.G. Competitividade e recursos humanos. *Revista de Administração*, São Paulo, 27(4): 16-29, 1992.

sustentável no mercado. "O planejamento estratégico é uma técnica administrativa que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças, dos seus pontos fortes e fracos para o cumprimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar riscos" ⁴².

Paralelamente, o tema participação, nos seus mais variados matizes, ganhou espaço no debate sobre as alternativas de gerenciamento da organização. Às vezes sustentado por premissas discutíveis, como no argumento: "Participação não é panaceia: é técnica para aumentar satisfação no trabalho e produtividade. É a terceira revolução gerencial"⁴³, o que jamais foi comprovado. Às vezes como opção para o alcance do comprometimento, ou engajamento do trabalhador no processo de trabalho, considerado como elemento central na busca da qualidade. Em outras ocasiões ainda, a participação era alternativa adotada para alcance de maior eficácia do processo de tomada de decisão. "A crescente ênfase na qualidade, produtividade e serviço levou os executivos a valorizarem igualmente os lados tecnológico, de negócios e de planejamento de recursos humanos"⁴⁴.

Neste sentido, o planejamento estratégico revela ser também uma alternativa de participação no processo de tomada de decisão, embora a "ligação entre planejamento estratégico e planejamento de recursos humanos não possua, ainda, uma estrutura conceitual sedimentada"⁴⁵. Dentro desta lógica, a eficácia da gestão de recursos humanos decorre de sua capacidade de viabilizar esta integração dentro de sua esfera de competência. Ou seja, na ótica do planejamento estratégico, as políticas de recursos humanos são alternativas de ação a serem seguidas na perspectiva de alcançar os objetivos estratégicos da organização.

Evidentemente não há consenso sobre o uso do planejamento como alternativa de tomada de decisão e participação. Wood⁴⁶ apresenta importantes críticas à perspectiva clássica em administração estratégica, que avalia a gestão de recursos humanos de um modo derivado, ou seja, uma gestão na qual a definição inicial é a estratégia de negócios e dela decorrem as questões de recursos humanos. Apresenta, como primeira justificativa para sustentar sua posição, o argumento que são recursos humanos que formulam as

⁴² FISCHMANN, A; ALMEIDA, M.I.R. *Planejamento estratégico na prática*. São Paulo, Ed. Atlas, S.A., 1990.

⁴³ MARGULIES, N. ; BLACK, S. Perspectives on the implementation of participative approaches. *Human Resource Management* 26(30): 385-412. 1987.

⁴⁴ WALKER, J.W. Human resource planning, 1990s style. *Human Resource Planning*. Volume 13 (4): 229-240, 1990.

⁴⁵ ALBUQUERQUE, L. O papel estratégico de recursos humanos. São Paulo, 1987. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Economia e Administração da USP].

⁴⁶ WOOD, S. Administração estratégica e administração de recursos humanos. *Revista de Administração*, 27(4): 30-38, 1992.

estratégias. Em segundo lugar, questiona o valor da precisão absoluta e da explicitação, afirmando que as escolhas tendem a ser forçadas e que a estratégia torna-se uma espécie de divindade, o que impede o surgimento de iniciativas efetivamente inovadoras. Em terceiro lugar, desacredita no consenso e na avaliação isenta de uma companhia acerca de seus pontos fortes e fracos. Também critica a orientação de cima para baixo utilizada pela escola clássica para a elaboração da estratégia, assim como questiona a negligência das questões internas e supervalorização das questões de mercado sob esta perspectiva, além de não apoiar uma concepção rigidamente separada da execução. Ressalta, finalmente, a necessidade de enfrentar e não evitar questões políticas e que "a questão da natureza e da localização do poder e das mudanças tanto interna quanto entre organizações deve, então, ser preocupação central para pesquisadores de administração de recursos humanos"⁴⁷.

"Para os críticos da escola clássica de estratégias isso significa, sobretudo, que as organizações deveriam ser tratadas como sistemas educativos e a formação da estratégia como um processo educacional, possivelmente envolvendo boa dose de incrementalismo e experimentalismo... sendo mais uma questão de desenvolver processos organizacionais que aumentem a criatividade coletiva... sendo parte do papel da administração reconhecer estratégias emergentes".⁴⁸

A diversidade de temas paulatinamente agregados ao campo da prática da Administração, no que se refere à questão humana na organização, excede claramente às competências do Departamento de Pessoal, que limitava-se a cumprir as exigências legais da relação de trabalho e prover alguns serviços de ordem documental. Selecionar entre as diversas características da relação de trabalho, formar, educar, planejar, 'reconhecer estratégias emergentes através de processos que aumentem a criatividade coletiva' são expectativas que agregam-se às primeiras e compõem um novo discurso organizacional.

A proliferação destas novidades criou um outro mercado de idéias, onde se compram e vendem as mais diversas alternativas de intervenção organizacional, que são substituídas periodicamente através de mecanismo semelhante ao fenômeno da moda. Daí a necessidade de se aprofundar o entendimento do papel das políticas de recursos humanos neste cenário cambiante, na perspectiva de elucidação conceitual e conseqüente contribuição para uso adequado de um referencial teórico como ferramenta de uma prática consistente.

⁴⁷ WOOD, S. op. cit. p.36.

⁴⁸ WOOD, S. op. cit. p.32.

3.2.1. Políticas de recursos humanos

São os dois sentidos para o termo "policy" da língua inglesa: o sentido de regra e o de alternativa de ação, de um determinado curso a ser seguido.

Nos estudos sobre planejamento empresarial, que têm um enfoque mais prescritivo, a política é definida como um conjunto de regras para a escolha da alternativa de ação mais adequada, levando-se em consideração todas as condições existentes no momento em que se deve agir ⁴⁹. Sob esta ótica, num planejamento conseqüente, escolhem-se alternativas de ação para o presente e traçam-se políticas para agir no futuro, tendo em vista atingir os objetivos da organização.

Epstein critica de modo agudo o discurso acerca da existência de objetivos organizacionais. Para ele, "falar em 'interesses da organização' é no mínimo um eufemismo. Estes 'interesses', em geral convergem (em grau variável) com os da cúpula dirigente ...O exercício do poder é considerado onipresente em todas as relações que se estabelecem entre os membros da organização..."⁵⁰. A percepção deste autor deriva de uma visão de sociedade capitalista, segundo a qual a luta de classes, o conflito entre capital e trabalho e a intrínseca divergência de interesses entre empregadores e empregados são inevitáveis. Compreende, portanto, uma analogia com o raciocínio marxista que caracteriza o Estado como o resultado de um processo pelo qual a classe economicamente mais forte afirma todo o seu poder sobre a sociedade inteira.

"Em princípio, as ordenações, regras, regimentos, etc.. existem para garantir o funcionamento da organização e sua operacionalidade no sentido de atingir seus objetivos. Geralmente estas regras são outorgadas pelos fundadores, 'donos', principais acionistas, etc.. ou qualquer outra rubrica que possa ser dada àqueles que usufruem o melhor quinhão de benefícios, materiais ou simbólicos, produzidos pela atividade da organização. As regras, portanto, tendem a beneficiar tanto a cúpula da organização como os superiores em relação aos subordinados." ⁵¹

Segundo este autor, as regras pretendem prever um comportamento supostamente unívoco por parte dos componentes da organização. Elas têm um duplo sentido, de um lado servem para perpetuar o poder de quem o detém, defendendo seus interesses, e de outro servem para limitar o poder dos agentes, limitando a capacidade de gerar incertezas, que é considerada uma fonte de poder. Pressupõe, portanto, a inexistência de fortes pressões para a conciliação de interesses.

⁴⁹ACKOFF, R.L. *Planejamento empresarial*. São Paulo, Livros Técnicos e Científicos Ltda., 1982.

⁵⁰ EPSTEIN, I. Subsídios para uma gramática do poder. São Paulo, 1990. [Tese de Doutorado - Escola de Comunicações e Artes da USP]

⁵¹ EPSTEIN, I. op. cit. pág. 180

Este discurso lembra também o modelo aristotélico, de acordo com o qual alguns nascem para obedecer, outros para mandar e a ordem estabelecida efetiva-se através de leis. Dependendo porém da qualificação do trabalhador, este modelo pode ser insuficiente para a obtenção do seu comprometimento com o resultado final do trabalho, com o alcance dos objetivos da organização, ou mesmo da continuidade da sua relação de trabalho. Esta visão autocrática de empresa pode trazer benefícios num modelo taylorista, em que o objetivo é o direcionamento da mão de obra, tendo em vista a maior produtividade possível, medida através do número de produtos concluídos. A complexidade da organização moderna, porém, exige encaminhamentos diferentemente elaborados.

Tragtenberg⁵² afirma que há um consenso de que a corporação é instituição hegemônica na sociedade industrial e que o resultado final é uma sociedade constituída de grandes corporações, cujo controle está em mãos de uma oligarquia fechada, que se autopromove e se autorreproduz. Esta oligarquia não é composta apenas pelos donos. "A grande corporação aparece como o espaço onde acionistas, gerentes e diretores estabelecem uma solução de compromisso que se dá no interior da corporação, onde gerentes e diretores também possuem ações. De um lado, nega-se o invólucro privado da propriedade, de outro, realiza-se a concentração, que redundará num pequeno número de acionistas apropriando-se dos lucros". Segundo esta visão, alianças são realizadas em virtude de interesses comuns. Elas assumem o comando das operações da corporação, estabelecendo as regras da apropriação dos lucros. Pode-se associar esta oligarquia àqueles componentes dos anéis que cortam horizontalmente as organizações, segundo Cardoso⁵³, anteriormente citado.

Fleury⁵⁴ demonstra que, em uma perspectiva sociológica do estudo das "relações que se estabelecem entre capital e trabalho na situação de trabalho", a política está presente, de forma direta, em duas instâncias de análise. Ao nível externo à organização, como determinante macroestrutural, na medida que "o jogo político das forças sociais incide sobre as relações de trabalho, tecendo os termos desta relação, que dialeticamente repercutem sobre a sociedade"⁵⁵. A autora exemplifica este jogo através de movimentos sindicais e sociais. Mas também pode-se caracterizar como nível externo à organização o conceito discutido anteriormente, do termo "politics" da língua inglesa, que é traduzido nos dicionários com o sentido de ciência do governo dos povos, ou então, de atividade

⁵² TRAGTENBERG, M. *Administração, poder e ideologia*. 2a. ed. São Paulo, Cortez, 1989.

⁵³ CARDOSO, F.H. *Notas sobre estado e dependência*. Caderno 11, CEBRAP, 1973.

⁵⁴ FLEURY, M.T.L. O simbólico nas relações de trabalho: um estudo sobre relações de trabalho na empresa estatal. São Paulo, 1986. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Economia e Administração da USP] p.57.

⁵⁵ FLEURY, M.T.L. op. cit. p. 19

partidária na busca de obtenção ou manutenção do poder (para não repetirmos a definição de Weber). A expressão deste determinante macroestrutural é a parcela das políticas sociais onde são estabelecidos os padrões mínimos da relação de trabalho. A Constituição e todo conjunto de leis relativas à matéria condicionam vários aspectos da relação de trabalho e resultam deste jogo político das forças sociais.

Ainda segundo Fleury ⁵⁶, ao nível interno da organização, as políticas de recursos humanos são vistas como elementos fundamentais à mediação da relação capital-trabalho e "é nesse processo de mediação que as políticas de recursos humanos se configuram como instância definidora de padrões de relação de trabalho".

O conceito de mediação utilizado é aquele desenvolvido por Pagés⁵⁷ através do estudo da organização hipermoderna. "A organização segue políticas contraditórias cujo princípio é aliar fortes restrições a grandes vantagens oferecidas ao indivíduo ...A mediação é, pois, um processo que transforma uma contradição subjacente entre os trabalhadores e a organização em uma contradição interna às políticas da organização ...O processo de mediação se coloca como a aliança das restrições (coerções) da empresa e os privilégios oferecidos ao indivíduo".

Trata-se do reconhecimento da organização como um sistema de mediações, um "conjunto dinâmico de respostas a contradições". A intervenção tem sentido preventivo, pois evita a transformação da contradição em conflito e a eventual coletivização do conflito, o que pressupõe a antecipação, a absorção e a transformação das contradições antes que elas se convertam em conflitos. Articulando dialética marxista com psicanálise, o estudo propõe a hipótese de que os sistemas sociais repousam nas conexões entre contradições sociais, psicológicas e estruturas sócio-mentais. Daí a ocorrência de uma dupla gênese social e psicológica e de uma modelagem recíproca das estruturas sociais e psicológicas⁵⁸.

Ou seja, a organização hipermoderna caracteriza-se por um elaborado exercício da dominação que a diferencia de outras empresas. Mas, a realidade brasileira coloca-se de tal forma multifacetada, que se identificam, concomitantemente várias formas de exercício de poder, a tal ponto que a organização hipermoderna pode ter como fornecedora uma empresa de regime semi-escravocrata. Apesar da abertura democrática, o cenário é híbrido e a oligarquia continua a existir.

Parafraseando Rousseau, o conjunto das políticas de recursos humanos também pode ser visto como um novo "Contrato Social", com suas conseqüentes perdas e ganhos, feito em uma sociedade menor. A conciliação, dentro de um contexto

⁵⁶ FLEURY, M.T.L. op. cit. p. 28

⁵⁷ PAGÉS, M.; BONETTI, M.; GAULEJAC, V.; DESCENDRE, D. *O poder das organizações*. São Paulo, Atlas, 1987. p. 26 e 27.

⁵⁸ PAGES, M. op. cit. p. 40.

específico, entre os "objetivos da organização" e as expectativas e direitos individuais certamente não representa a vontade geral, ou o bem comum, mas a realidade possível. Em sociedades nas quais se discute a questão do desemprego estrutural, a perpetuidade da organização é também interesse do trabalhador, assim como a qualidade da organização lhe confere valor de mercado. Pode-se conseqüentemente argumentar a existência de uma contratação de interesses, em um cenário em que se verificam pressões de sentidos opostos. De um lado, a progressiva queda da oferta de alguns tipos de emprego, de outro lado, a acirrada competitividade presente em alguns mercados de recursos humanos. A compreensão de que as cláusulas deste contrato representam o resultado de uma mediação possível relaciona o processo de formulação de políticas de recursos humanos à ciência política.

Conclui-se que, entre as demais políticas organizacionais, as políticas de recursos humanos, no nível interno da organização, traduzem o resultado da mediação específica das contradições de uma organização, considerados os determinantes macro-estruturais, no seu âmbito de ação. O conteúdo destas políticas variará segundo o conjunto de meios escolhidos como prioritários para o exercício da dominação. O histórico da organização, a origem de seu capital, a composição de sua liderança, seus valores, o tipo de mercado em que ela se insere, os padrões da competição, o modelo de gestão, o processo de produção, a tecnologia e as características dos trabalhadores que se pretende atrair e manter interferem diretamente no resultado desta mediação. A transcrição deste resultado é formal e pode ser percebida como um conjunto de regras.

Associando-se elementos das diferentes abordagens anteriormente expostas, podem ser atribuídas múltiplas finalidades às políticas de recursos humanos. Tendo como base material a organização do processo de trabalho, as políticas de recursos humanos apresentam os mecanismos adotados pela organização para equacionar ou se antecipar aos conflitos, entre grupos de indivíduos e entre o indivíduo e a organização. Diferenciando indivíduos e grupos, elas simultaneamente esclarecem as regras do jogo, reconhecem a contradição e carregam o aspecto da perpetuação do poder, através da concessão diferencial de benefícios. Determinando competências, elas limitam o exercício de poder. Esclarecendo os princípios adotados pela organização, elas reduzem as incertezas e direcionam a ação. É através destes mecanismos que as políticas de recursos humanos cumprem seu papel de mediação da relação capital/trabalho, definindo os padrões de relação de trabalho.

3.3. O hospital como organização

Como todas as organizações, o hospital apresentou radicais mudanças ao longo do século XX. Entre os fatores determinantes desta transição destacam-se o processo de evolução do próprio conceito de saúde e de direito à saúde, o intenso desenvolvimento tecnológico e a profissionalização dos vários especialistas que compõem a equipe de saúde.

Singer⁵⁹ afirma que "os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas o proletariado, mas também as classes dominantes. Em primeiro lugar, elas não ficavam imunes à epidemias que grassavam nos novos centros industriais. Em segundo lugar, as más condições de vida e de saúde deveriam reduzir significativamente a produtividade do trabalho. E, em terceiro lugar, a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem constituída." Neste contexto, o serviço de saúde passou a ter o papel de garantir a reprodução da capacidade de trabalho. "Os serviços de saúde são um serviço de controle que se insere entre o indivíduo e o Estado, entre o indivíduo e a natureza, e entre o Estado e a natureza" ⁶⁰.

Paulatinamente, de instituição isolada, destinada a abrigar indigentes, debilitados, viajantes e enfermos, sob o domínio da Igreja até o século XVI, o hospital transformou-se em unidade de produção, adquiriu função terapêutica, foi ocupado por profissionais de diversas categorias e passou a integrar um sistema de saúde, entendido como componente das políticas sociais.

O sistema de saúde reflete a evolução da política brasileira no período estudado. Resumidamente, pode-se dizer que, a partir de 1963 (período a ser abarcado pelo presente trabalho), o sistema de saúde passou por três grandes etapas⁶¹. Durante o regime militar, até o início da transição democrática (Skidmore⁶² designa o capítulo destinado à análise do período entre 1974 e 1979 como "Geisel: rumo à abertura"), pautava-se por uma lógica centralizadora, curativa, calcada nos cuidados médicos individuais, na construção de grande número de hospitais, laboratórios e demais serviços de saúde que compuseram as bases do denominado "complexo médico-industrial". Na

⁵⁹ SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1981. p.21

⁶⁰ SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. op. cit. p.37

⁶¹ NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R., org. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, ABRASCO, 1994.

⁶² SKIDMORE, T. *Brasil: de Castelo a Tancredo, 1964-1985*. Trad. Mario Salviano Silva. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

etapa posterior, pós milagre econômico, o desenvolvimento de uma rede primária de serviços ganhou prioridade no discurso sanitário, a partir de um conjunto de pressões políticas e de influências das proposições da Conferência de Alma-Ata (1978) e da "Estratégia Mundial Saúde para todos até o ano 2000", oriundas da Organização Mundial de Saúde, em 1981. A crise econômica do início da década de 80 atingiu a Previdência Social, o principal sustentáculo do sistema de saúde centralizado, oferecendo condições propícias para que intelectuais, professores e pesquisadores de saúde fortalecessem o movimento de reforma sanitária. A agenda reformista foi composta de uma variedade de temas, entre os quais destacam-se o direito universal à saúde, a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizado pela descentralização, hierarquização, integração interinstitucional e participação da população. O que se presenciou após a Nova República foi um processo de sucessivas tentativas de articulação interinstitucional, na perspectiva de estabelecer um novo sistema de oferta de serviços de saúde, compatível com a amplitude da conceituação de saúde adotada.

A grande vitória do movimento sanitário foi o reconhecimento da saúde como um dos direitos sociais. Desta forma, a saúde é atualmente caracterizada no Brasil como dever do Estado e "condição para que o indivíduo possa gozar de todos os demais direitos humanos"⁶³.

A observação da situação atual do modelo de saúde brasileiro indica um sistema misto, onde atuam organismos públicos federais, estaduais e municipais, paralelamente a uma rede privada de assistência. Esta rede efetiva parcela expressiva da prestação de serviços e solicita pagamento pelos órgãos públicos, segundo convênio estabelecido. Houve redistribuição de competências, com aumento de atribuições e recursos para os níveis locais e redução de atividades assistenciais pelo nível federal. O sistema é financiado pela somatória da contribuição de trabalhadores, empresas e recursos estatais. Evidenciam-se intensos conflitos na compatibilização entre distribuição de competências e alocação de recursos financeiros. Paralelamente, os seguros de saúde expandiram-se radicalmente nos últimos anos.

Ao afirmar que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, a Constituição de 1988 atribui um importante papel ao setor público. "A rigor, seria o caso de situá-lo (o setor público) dentro de um continuum, oscilando desde a assunção integral da prestação de todas as atividades referentes à área até, no mínimo, o controle e a fiscalização daquilo que é, por outros meios, oferecido à população. Inadmissível é a omissão"⁶⁴. Isto significa que qualquer hospital, ao prestar serviços de saúde, sofre de

⁶³ DALLARI, S.G. *A saúde do brasileiro*. São Paulo, Moderna, 1987. p.6.

⁶⁴ MALIK, A.M. *Formulação de políticas públicas: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados da região metropolitana de São Paulo*. op. cit. p.59.

forma específica a influência do Estado e participa de um sistema de saúde, no qual assume papel estratégico.

"Como uma organização, o hospital contemporâneo é uma instituição comunitária especializada, que funciona em um cenário de um sistema de saúde problemático, num ambiente social turbulento, com o qual ela deve manter relacionamento e adaptação. Além disso, é uma organização altamente complexa que é baseada na mútua cooperação entre um grande número de profissionais interdependentes de formação heterogênea."⁶⁵

Trata-se evidentemente de uma organização complexa, cujo conjunto de atributos gera o questionamento acerca de sua unicidade. Rosemberger⁶⁶ chega a afirmar que o hospital é, em relação ao seu tamanho, a forma mais complexa de empresa que o homem idealizou. Georgopoulos⁶⁷ também argumenta pela unicidade, relacionando uma série de características do hospital contemporâneo, que justificariam a impossibilidade de compará-lo às demais organizações:

- a- trata-se de serviço especializado a pacientes individuais, onde o valor econômico é secundário, uma vez que o valor social e humanitário é primordial;
- b- existe maior dependência da comunidade circundante do que as organizações industriais. Não há conflito entre necessidades e metas pessoais com objetivos da organização;
- c- a natureza dos serviços determina pouca tolerância à ambigüidade e ao erro;
- d- a natureza e volume do trabalho é variável, diverso e pouco propício à *estandardização*;
- e- os principais trabalhadores (médicos e enfermeiras) são profissionais;
- f- há pouca possibilidade de controle sobre a carga de trabalho de seus membros-chave (médicos);
- g- o administrador tem menos autoridade, uma vez que existe a linha múltipla de autoridade;
- h- o hospital é uma organização quase burocrática e quase autoritária.
- i- o hospital sempre se preocupa muito com a eficiência e previsão de rendimento de seus membros;
- j- o hospital é uma organização importante.

⁶⁵ GEORGOPOULOS, B.S. *Organization research on health institutions*. Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research, The University of Michigan, 1972.

⁶⁶ ROSEMBERGER, D.M. A evolução do hospital empresarial. In: BÓNAPARTE, T.; FLAHERTY, J. *Peter Drucker: filosofia e métodos*. São Paulo, Pioneira, 1976.

⁶⁷ GEORGOPOULOS, B., FLOYD, C.M. El hospital como una organización. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *Análisis de las organizaciones de salud*. Washington, D.C., 1987.

Cada uma das considerações anteriores pode ser comentada:

- a- o hospital, apesar de sua função pública, pode ter fins lucrativos e deixou de ser prática religiosa ao longo deste século; se ele não se viabilizasse economicamente, não se perpetuaria como organização;
- b- todas as organizações dependem do seu mercado, assim como, onde há grupos humanos, há conflitos de interesses;
- c- a pouca tolerância ao erro é o argumento central que restringe a criatividade e fundamenta o autoritarismo na gestão hospitalar. De qualquer maneira, o discurso da baixa tolerância ao erro proveniente do risco pode ser substituído pela busca de qualidade, importante força na competição empresarial;
- d- a *estandarização* vem sendo questionada em várias modalidades de organização;
- e- em praticamente todas as organizações modernas os principais trabalhadores são profissionais;
- f- através da informatização e do registro de informações há possibilidade de controle da carga de trabalho dos médicos, pode não haver disponibilidade para tal comportamento por parte da administração;
- g- muitas vezes há efetivamente duas linhas de poder, uma médica e outra administrativa, que comumente é exercida por médicos e subordinada a médicos;
- h- o hospital pode ser uma organização burocrática e pode ser uma organização autoritária. Tudo depende do conjunto de fatores que determinam o modelo de gestão da organização.
- i/j- grande parte das organizações são importantes e todas elas pretendem a produtividade de seu quadro de pessoal, medida de diferentes formas.

Em resumo, estas características parecem refletir, de um lado, a permanência do caráter religioso caritativo nas práticas hospitalares, condenando o trabalhador de saúde ao sacerdócio e, de outro lado, as resistências à incorporação de novas técnicas e conhecimentos na administração hospitalar. Após relacionar e questionar algumas características "específicas" e "distintivas" dos hospitais, Shortell⁶⁸ conclui que "o conceito da unicidade das organizações de saúde pode ser prejudicial se induzir os

⁶⁸ SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. *Health care management: a text in organization theory and behavior*. New York, John Wiley & Sons, Inc, 1983.p.14

administradores hospitalares a acreditar que seu trabalho é tão mais difícil ou diferente dos demais, que são pequenas as alternativas de melhorar o desempenho".

Apesar de não reconhecer ou valorizar a unicidade do hospital como organização, na medida em que neste estudo se julga indispensável utilizar conhecimentos provenientes do estudo de outras modalidades de empresas para o melhor entendimento e gerenciamento do hospital contemporâneo, algumas particularidades devem ser destacadas.

A primeira delas é o fato de o hospital integrar um sistema de saúde, o que é derivado do reconhecimento de sua função pública, independentemente de sua natureza jurídica. A segunda particularidade é a existência no hospital de um profissional nuclear, o médico, de quem deriva a demanda para todos os outros serviços e que, simultaneamente, pode representar o papel de cliente na organização em que presta serviços; há muitas situações em que o médico escolhe o hospital a ser utilizado pelo cliente. Um terceiro fator é que o hospital utiliza, de modo intensivo e simultâneo, tecnologia e pessoal, em uma combinação onde o investimento em tecnologia não determina redução do custo de pessoal, como ocorre em outras organizações, o que torna mais complexa a sua viabilização econômica. Drucker posiciona-se de modo taxativo: "Na verdade, a escala mundial de custos dos serviços de saúde resulta, em grande parte, do fato dos hospitais se terem transformado em monstruosidades econômicas"⁶⁹. A perpetuação do caráter religioso caritativo das práticas hospitalares, "apesar de submetidas a outras regras no modo de produção capitalista"⁷⁰ é a quarta particularidade que se destaca.

Bauerschmidt⁷¹ equaciona o debate sobre a unicidade do hospital de modo bastante original. Este autor reconhece que o hospital tem as características da empresa universal e considera a necessidade de o administrador hospitalar fazer uma ponte entre as estruturas de negócios e os hospitais, de modo que as técnicas administrativas sejam transferidas em benefício do hospital. A ponte sugerida é o entendimento de que, a cada forma de estrutura institucional, está relacionada uma tecnologia de produção específica. Há duas formas predominantes de estrutura: a forma **mecânica**, à qual se relaciona a tecnologia de produção em massa e a linha de montagem e a forma **orgânica**, relacionada à produção unitária, que deve permitir adaptação a circunstâncias de mudanças sem intervenção explícita da administração.

⁶⁹ DRUCKER, PETER, F. *Administrando para o futuro. Os anos 90 e a virada do século*. São Paulo, Pioneira, 1992.

⁷⁰ PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo, Cortez, 1986. p. 42.

⁷¹ BAUERSCHMIDT, A.D. *El hospital como un prototipo de organización*. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *Análisis de las organizaciones de salud*. Washington, D.C., 1987.

A semelhança entre a forma orgânica de estrutura e o hospital é evidente, sendo esta proposta incluída nos discursos mais recentes do empresariado moderno (sob a designação de "empowerment", "flexibilização da produção", "diferenciação do produto", entre outros). Daí que o intercâmbio entre o administrador de empresas e o administrador hospitalar tende a ser benéfico para ambos. Afinal, a matéria é a mesma, importa depreender, quando necessário, as especificidades.

3.4. Recursos humanos e hospitais brasileiros

"A idealização e o planejamento do novo Sistema de Saúde, por si só, não garantem a sua concretização. Uma das principais condições para que isto ocorra será a existência de suficiente decisão e competência de modo a ser possível derrubar as velhas estruturas, ao tempo em que se edificam as novas. Este é o principal desafio da nova gerência"⁷². A proposta de reformulação do sistema de saúde firmada na 8ª. Conferência Nacional de Saúde atribuiu várias tarefas a esta "nova gerência". O processo de regionalização e hierarquização de assistência exige uma intrincada articulação entre instituições prestadoras de serviços com diferentes tipos de organização, normas e funções. A implementação de mecanismos que possibilitem a participação de servidores e usuários na administração dos serviços de saúde ameaça culturas organizacionais profundamente arraigadas. O efetivo estabelecimento da descentralização dos serviços depende de mudanças estruturais que redefinam as relações de poder entre os participantes do sistema.

Apesar do destaque conferido ao tema em 1986, o relatório de seminário ocorrido em 1992⁷³ destaca a pouca acumulação de conhecimento sobre recursos humanos em saúde. Menciona-se que as investigações sobre o assunto, no Brasil, iniciaram-se nos anos 50 e 60, através de duas linhas de estudo: uma voltada para os processos de formação de trabalhadores de saúde de nível universitário e outra para o estudo descritivo da oferta de pessoal de saúde, sua distribuição geográfica e variações no tempo. Ainda segundo este relatório, nos anos 70 e 80, as investigações podem ser agrupadas em duas categorias: "organização social das práticas de saúde" e "força de trabalho em saúde".

⁷² MINISTÉRIO DA SAÚDE *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório Final. Brasília, 1986.

⁷³ MINISTÉRIO DA SAÚDE *A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório de seminário*. Brasília, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993.

Na produção acadêmica associada ao tema "recursos humanos em saúde" encontram-se questões comportamentais, de relacionamento no trabalho, de formação e qualificação de pessoal associadas à pesquisa da evolução das diversas práticas profissionais da saúde, que compõem um painel que ainda não se articula às questões administrativas. O estudo das questões políticas e sociológicas relacionadas à saúde também não se incorporou de modo mais concreto ao instrumental dos administradores em saúde. A implementação do Sistema Único de Saúde é uma preocupação praticamente constante nos textos sobre a matéria, e, dentro deste enfoque, a questão recursos humanos é entendida como essencial para a sua viabilização.

A escassez de profissionais que acumulem conhecimentos tanto da área de recursos humanos como de saúde é inegável. Propostas simplificadoras e de questionável impacto ganham espaço na mais completa falta de lideranças que orientem análises mais sistematizadas. Ações imediatistas e, muitas vezes, calcadas em decisões político-partidárias mantêm-se como tônica da administração do setor público de saúde. Salienta-se que o fator humano, segundo estudo de Nogueira⁷⁴, significava de 60 a 80% do custo do sistema.

Apesar do crescimento da saúde como setor de atividades, os temas recursos humanos, qualidade e competitividade, presentes em quase todas as discussões, projetos e iniciativas que envolvem a empresa moderna, são praticamente ausentes da agenda dos hospitais. São poucos os relatos de experiências concretas. Há alguns textos genéricos sobre o impacto da questão recursos humanos no sistema de saúde como um todo.

"Entre as questões relativas à 'modernidade' da administração de saúde estão certamente aquelas voltadas ao desenvolvimento de recursos humanos, cultura organizacional e qualidade"⁷⁵. Em um dos poucos textos sobre este assunto, a autora reconhece sua chegada tardia à saúde e afirma que estes aspectos devem ser trabalhados obrigatoriamente de forma conjunta, dentro das possibilidades atuais, levando em conta as condições em que o trabalho é exercido.

Santana⁷⁶ atribui uma das causas da redução de oportunidades de acesso e deterioração dos serviços de saúde ofertados para a população à deficiência de disponibilidade e uso de recursos humanos. Segundo este autor, a superação do desafio da proposta para administração de pessoal no Sistema Único de Saúde depende da conciliação dos enfoques: eficiência/produtividade, qualidade/acessibilidade de serviços e

⁷⁴ NOGUEIRA, R. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Americas. In: OPAS/OMS *Investigación de personal de salud*. Washington, D.C., 1985.

⁷⁵ MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, 32(4): 32-41, 1992.

⁷⁶ SANTANA, J.P. Gestão do trabalho no serviço público de saúde. *Saúde em Debate* (37): 66-69, 1992.

interesses dos trabalhadores. Para isto, propõe três linhas básicas de atuação: supervisão como instrumento gerencial, incentivos de produtividade e negociação coletiva de trabalho.

Oliveira⁷⁷ afirma que o tema recursos humanos sempre ocupou papel marginal, o que vem mudando frente à percepção de que, se este problema não for resolvido imediatamente, poderá se transformar no principal fator inviabilizador do novo sistema de saúde. Em sua ótica os principais problemas atuais são: heteronomia salarial, convivência anárquica de várias formas de relação de trabalho, pagamento de pessoal representando de 60% a mais de 100% dos orçamentos, baixa remuneração e suas consequências e inadequação da força de trabalho.

O levantamento dos trabalhos sobre administração de recursos humanos em saúde, e especificamente em hospitais, revela o tamanho do caminho a ser trilhado para a efetiva incorporação de novas abordagens e técnicas que facilitem a interpretação, elaboração de propostas concretas e conseqüente superação dos problemas que obstaculizam a modernização dos hospitais brasileiros.

⁷⁷ OLIVEIRA JR., M. Administração de recursos humanos: um obstáculo à municipalização dos serviços de saúde? *Saúde em Debate* (28): 41-45, 1990.

*Só Deus é imparcial - quando, como por exemplo,
abençoa as bandeiras de dois exércitos contrários"*

Mario Quintana - Da preguiça como método de trabalho.

4. Material e método

4.1. Estudos de caso

A intenção de se fazer um estudo em profundidade, tendo como objeto a história da organização e a gestão de recursos humanos, conduziu à escolha de metodologia qualitativa. Trata-se de um objeto histórico, a ser estudado com consciência histórica. Evidencia-se a identidade entre o autor e objeto. A ideologia, consciente ou inconscientemente, permeia a leitura, a coleta e a análise dos dados. Estas idéias traduzem os aspectos centrais dos princípios que justificam a especificidade metodológica das ciências sociais descritos por Minayo⁷⁸.

Dentre as alternativas metodológicas fornecidas pelas ciências sociais, Yin⁷⁹ aconselha a utilização do estudo de caso quando se pretende responder às perguntas como e por quê. Esta opção também é ditada por outros elementos, tais como a possibilidade de controle sobre os comportamentos estudados e a contemporaneidade ou não do fenômeno. Quando não se evidencia qualquer forma de controle sobre os comportamentos estudados e se tem em perspectiva um fenômeno contemporâneo, indica-se o estudo de caso. Segundo este autor, o estudo de caso difere da pesquisa histórica justamente pela contemporaneidade do fenômeno, como também pela utilização da observação direta e da entrevista sistemática como instrumentos de coleta de dados.

"Estudo de casos é uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar-se um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida-real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas" ⁸⁰.

Certamente há limitações para o uso de método qualitativo, entre elas, a possível subjetividade nas sucessivas fases de pesquisa, o eventual empirismo e a impossibilidade

⁷⁸ MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3a. ed. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.

⁷⁹ YIN, R.K. *Case study research: design and methods*. Seventh Printing, California, Sage Publications, Inc. 1987.

⁸⁰ CAMPOMAR, M.C. Do uso de "estudo de caso" em pesquisas para dissertações e teses em administração. *Revista de Administração* (26): 3: 95-97, 1991.

de generalizar qualquer conclusão. Mas, considerando-se o objeto e a proposta de estudo, não se verifica outra abordagem alternativa. Lazarsfeld, citado por Merton⁸¹ formula quatro regras para a elaboração desta alternativa de pesquisa social, independentemente do fenômeno a ser estudado:

1. o pesquisador deve dispor simultaneamente de informações objetivas e de relatos analíticos;
2. estudos de caso devem ser adequadamente combinados com informação estatística;
3. informações contemporâneas devem ser suplementadas por dados de fases anteriores ao período estudado;
4. o pesquisador deve associar dados obtidos através de coleta sistemática de informações com dados pré-existentes.

A obediência a estas regras básicas, com a decorrente triangulação entre as fontes de dados, entendida como "a comparação e checagem cruzada da consistência das informações obtidas em tempos diferentes, por diversos meios e pessoas/fontes"⁸², é a principal estratégia adotada para perseguir a objetividade do estudo. Paralelamente defronta-se com a necessidade de treino do pesquisador e busca do rigor adequado à elaboração do trabalho através da metodologia possível.

Há diferentes enfoques frente à adoção de modelo teórico para a elaboração de pesquisa qualitativa. De um lado Yin⁸³, citando Van Maanen, afirma que a essência da pesquisa qualitativa consiste em duas condições: a) o uso de uma observação próxima e detalhada do mundo natural pelo investigador, e b) o cuidado de evitar comprometimento prévio com qualquer modelo teórico. Minayo⁸⁴ defende justamente o inverso. Afirma que, em consequência do fato de nenhuma pesquisa ser neutra, qualquer elaboração sobre o social situa-se dentro de alguma corrente de pensamento filosófica ou sociológica, mesmo que essa filiação, para seus autores, seja algo inconsciente.

Reconhecendo os riscos da não filiação teórica e adotando a objetividade, a opção é de uma observação próxima e detalhada do fenômeno, sem a vinculação automática a uma corrente de pensamento. O estudo é dividido em etapas, sendo que, em cada uma delas são realizadas as leituras e observações compatíveis para esgotar, no limite do possível, a compreensão do tema proposto.

⁸¹ MERTON, R. K.; COLEMAN, J.S.; ROSSI, P.H. *Qualitative and quantitative social research: papers in honor of Paul F. Lazarsfeld*. New York, The Free Press. 1979, p.25.

⁸² WILLMS, D.G.; JOHNSON, N.A. *Essentials in qualitative research: a notebook for the field*. Copyright by the authors, 1993. (mimeo).

⁸³ YIN, R.K. - op. cit. p 25

⁸⁴ MINAYO, M.C.S. p. 37

4.2. Campo de estudo

A natureza exploratória deste estudo e a necessidade de exercício da lógica proposta, com a imprescindível profundidade que o trabalho impõe, indicam a escolha de uma única organização. Uma organização que fosse bem sucedida em seus propósitos, que possibilitasse uma aprendizagem positiva. Uma organização que trouxesse uma alternativa de gerenciamento original e que tivesse por tradição a pesquisa, para que a resistência ao trabalho não representasse fator impeditivo. Um caso atípico, ou alternativo.

Relegando-se a um segundo plano a especialidade do hospital a ser analisado, pois o objetivo fundamental seria a análise e não a comparação ou a generalização, a escolha foi efetivada segundo três critérios básicos: imagem da organização no mercado verificada pela avaliação de especialistas, a suposta disponibilidade de indicadores da gestão de recursos humanos e possibilidade de acesso.

Em decorrência dos critérios acima expostos, optou-se pela realização do estudo no Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Incor, com um argumento adicional: trata-se de uma forma alternativa de gestão dos recursos financeiros, através de apoio oferecido pela Fundação E.J.Zerbini, o que possibilita que estejam presentes, simultaneamente, em um único campo de estudos, questões relativas ao serviço público e à empresa privada.

4.3. Fontes e coleta de dados

O método adotado impõe a utilização concomitante de diferentes fontes de evidência, uma vez que cada um dos objetivos específicos poderia ser alcançado de maneira diversa.

O estudo da história contemporânea brasileira foi realizado através de levantamento bibliográfico, sob orientação de especialista.

Dados sobre a história do hospital e da gestão dos seus recursos humanos foram obtidos de diversos modos:

- leitura de documentos internos, regimentos, estatutos e manuais;
- consulta aos arquivos do jornal "A Folha de São Paulo";
- levantamento e leitura de artigos em livros, jornais e revistas;

- mapeamento e subseqüentes entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave (dirigentes atuais e pregressos, profissionais que atuaram como consultores na organização, gerentes e técnicos de áreas assistenciais e administrativas, funcionários e membros de órgãos representativos dos trabalhadores compuseram as fontes diretas para a coleta de dados), num total de 35 entrevistas, realizadas entre novembro de 1994 e maio de 1996. A escolha dos depoentes efetivou-se a partir das sugestões fornecidas ao final de cada entrevista realizada, considerando-se paralelamente a importância de que a amostra fosse composta por indivíduos dos diferentes períodos históricos, áreas e corporações. Trata-se portanto de amostra obtida através de derivação do método "bola de neve"⁸⁵

Utilizou-se, como apoio, um roteiro de entrevista (*anexo 1*). Um registro puntual de informações ocorreu durante os encontros, que foram transcritos, na forma de relatório, imediatamente após sua realização.

- levantamento, nos relatórios de atividades e nos instrumentos de planejamento e controle, de dados relativos à produtividade.
- inviabilizada a análise da folha de pagamento em cada uma das etapas da organização, em virtude de mudanças ocorridas nos sistemas de informática e conseqüente impossibilidade de acesso às informações, fez-se a leitura de um único mês, em que não fosse identificado ponto extremo de sazonalidade, tanto em função de número de atendimentos, como em função de custos e pagamentos.
- o relatório final da pesquisa foi apresentado a dois dirigentes da organização, para validação e debate.

4.4. Apresentação dos dados

Ao final de uma caracterização do estudo de caso, Lüdke e André⁸⁶ ressaltam que "os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisaOs relatos escritos apresentam, geralmente, um estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de linguagem, citações, exemplos e descrições".

A idéia fundamental é possibilitar a apresentação de relatório de modo que permita uma análise multidimensional e historicamente situada. Para que o relatório

⁸⁵ BAYLEY, K.D. *Methods of social research*. 3rd. Edition. New York, Free Press, 1987. p.95

⁸⁶ LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, E.P.U. , 1986. p. 20.

reflita o modelo de raciocínio proposto, o presente trabalho é apresentado em três linhas paralelas:

1. O Estado é apresentado através do cenário constituído pela história do Brasil a partir do período imediatamente anterior ao ano que determina o marco inicial da organização: 1963.
2. A história da organização é escrita segundo estrutura de divisão em períodos elaborada após a realização de todas as entrevistas. Em cada encontro, solicitou-se que o entrevistado descrevesse as fases da organização. Todas as entrevistas foram decompostas em uma única matriz que serviu de base para o texto final. Trechos das entrevistas são mantidos entre aspas, sem citação da fonte, para não ferir o compromisso de sigilo assumido com o informante. Informações obtidas por outras fontes, tais como relatórios, artigos e documentos diversos, estão inseridas na estrutura temática;
3. A gestão de recursos humanos é apresentada a partir das observações advindas do processo de entrevista, que serviram de base para a elaboração de uma estrutura temática pela pesquisadora. Não houve solicitação para que o entrevistado apresentasse uma proposta formal neste sentido. A grosso modo, o entrevistado contava a história da organização, a sua história na organização e sua percepção de recursos humanos. Após o registro destas percepções constituiu-se a estrutura temática. Documentos sobre as políticas foram também analisados e incluídos no relato. A folha de pagamento do mês de outubro de 1996 serve como exemplo para algumas análises e comparações.

4.5. Planos de análise

Efetivados os cortes por períodos, tanto no cenário da política do país, como da história da organização, tendo levantadas as políticas de recursos humanos, torna-se possível a análise da correlação entre Política e políticas de recursos humanos através do uso de três momentos sucessivos de leitura. Utiliza-se a conceituação básica proveniente do estudo sobre a Política para elaborar um esboço de respostas às indagações iniciais.

No primeiro deles é esboçada a correlação entre organização e Estado. Existe correspondência entre os momentos da história da organização e as fases da história do Brasil? Quais as condições políticas determinantes para a viabilização do hospital? De que forma os atores sociais se organizam para alcançar seus objetivos, no que diz

respeito ao cenário em que a organização atua. Trata-se por conseguinte da relação entre Política e planejamento organizacional. O segundo plano diz respeito à correlação entre planejamento organizacional e políticas de recursos humanos. Como esta questão é colocada nas diversas fases do hospital. Há variação? Quais os determinantes de eventuais mudanças? Quais os métodos adotados para atingir quais objetivos? No terceiro plano, que corresponderá às conclusões deste trabalho, retorna-se ao quadro conceitual para analisar semelhanças e dessemelhanças entre políticas sociais e políticas de recursos humanos.

Na tipologia de pesquisa social proposta por Bulmer⁸⁷, é apresentada a pesquisa estratégica, que "baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus instrumentos são os da pesquisa básica tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação". Minayo julga esta modalidade como a mais apropriada para o conhecimento e avaliação de políticas. Evidente está que esta classificação é perfeitamente adequada ao intuito deste trabalho.

⁸⁷ BULMER, M. *Social Policy Research*. Londres, The Macmillan Press Ltd., 1978. in MINAYO, op. cit. p.26

*É evidente, pois, que a cidade
faz parte das coisas da natureza,
que o homem é naturalmente um animal
político, destinado a viver em sociedade.*

Aristóteles - A Política.

5. Apresentação do caso: uma história do Instituto do Coração.

O decreto 42817 publicado no dia do Natal de 1963 criava, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Instituto de Doenças Cárdio-Vasculares. Na época, o Hospital das Clínicas ainda não era o Complexo H.C., com seus vários institutos espalhados pelo campus de Pinheiros, na cidade de São Paulo. Ele compreendia apenas o Instituto Central, o Instituto de Psiquiatria e o Instituto de Ortopedia. O texto da publicação oficial não revelava os motivos de escolha pela cardiologia como prioridade de investimento naquele momento e nem demonstrava a existência de algumas etapas preliminares de trabalho.

É sabido que a dinâmica da vida universitária em pouco facilitava a articulação entre docentes para o alcance de um objetivo comum. Apesar desta dificuldade, o instituto criado resultava da integração de três disciplinas (doenças do coração e vasos, doenças dos pulmões e cirurgia torácica), que mantinham como campo de práticas a 2a. Clínica Médica e a 1a. Clínica Cirúrgica do hospital-escola.

A seqüência de fatos demonstraria posteriormente que este decreto não passava de um papel, de uma autorização emitida pelo então Governador do Estado de São Paulo, Adhemar Pereira de Barros, obtida através da pressão de um grupo de médicos que, desde 1949, se articulava, tendo em vista a construção de um instituto de cardiologia. " Em 1949 nós fomos falar com o Governador do Estado, para pedir a construção de um instituto de cardiologia. Tínhamos como modelo o Instituto Ignacio Chavez do México, pois acreditávamos em tudo o que a escola mexicana pontificava. Nesta ocasião foi dado ao Dr. Dante Pazzanese o Instituto de Cardiologia".

Esta decisão de conceder o Instituto ao Dr. Dante Pazzanese foi atribuída à sua influência política, determinada pelas suas ligações na Secretaria de Estado da Saúde. "Esta decisão revoltou o grupo. Ele havia conseguido por ser politicamente mais influente, ele era ligado à Secretaria de Saúde. O Dante Pazzanese tinha força política, não era uma figura de projeção da cardiologia, mas trabalhava muito. O Dr. Dante Pazzanese convidou os próprios assistentes do Professor Décourt para integrar o grupo que constituiria o hospital, o Professor Zerbini e o Professor Enio Barbatto.

Alguns aceitaram e outros, inconformados com a decisão resistiram". Independentemente da opção de aderir ou não ao recém-criado Instituto de Cardiologia, a idéia inicial de construir um outro Instituto de Cardiologia ligado à Faculdade de Medicina se manteve presente. Algumas motivações foram citadas:

- "Há três fatores fundamentais, em termos de condições médico-sociais que determinaram a criação do Instituto. Em primeiro lugar, o aumento da incidência de cardiopatias, em particular, da insuficiência coronária. Em segundo lugar, o movimento de procura do serviço de cardiologia da Faculdade de Medicina, pela sua rara experiência de entrosamento entre clínica e cirurgia. Em terceiro lugar, o aprimoramento progressivo das equipes clínica e cirúrgica, especialmente o desenvolvimento da cirurgia extra-corpórea. Assim foi se incrementando o volume de doentes que determinaram a criação do Instituto";
- "O professor Zerbini fundamentou a necessidade do Instituto de Cardiologia pela demanda clínica e pela necessidade de equipamentos e de planta física compatível com a especialidade";
- "Mas foi um período em que havia a idéia de muitos institutos";
- "A idéia de um Instituto de Cardiologia tinha como modelo inicial o Instituto de Ortopedia".
- "Você sabe, minha filha, cada professor titular quer ter o seu reinado. É lógico que para isso ele tem que provar que tem demanda para o seu Instituto".

O Governador Adhemar de Barros, já naquela época, era um político muito controvertido. Dizia-se que "ele rouba, mas faz", e, simultaneamente se reconhecia o seu papel de "pai do H.C.". Assim, aproveitando o envolvimento deste Governador com a própria obra, uma comissão constituída por professores da Faculdade de Medicina, coordenada pelo Dr. Euriclides de Jesus Zerbini, solicitou encontro para pedir o Instituto. A argumentação baseava-se na limitada oferta de leitos pelo Instituto Dante Pazzanese e na sua função específica correlacionada à profilaxia, uma vez que era ligado à Secretaria da Saúde, devendo, por isso, priorizar atividades de ampla cobertura e de baixo custo. Obteve-se a aprovação através do decreto, sem qualquer especificação de custo do projeto, expectativa de atendimento ou perfil epidemiológico da população. "Eles foram pedir um terreno e saíram com duas possibilidades: ou na Cidade Universitária ou na região atual".

"Quando houve o decreto, o que se conseguiu foi uma aprovação no papel. Não tinha nenhum orçamento previsto. Aqui no Brasil, as coisas são assim: não existe um planejamento profissional, o levantamento de custo/benefícios. A gente sabia que só

estava aprovando a idéia e que o próximo passo seria amealhar recursos. Ele (o Prof. Zerbini) conseguiu o decreto, mas não o dinheiro".

"Aquele papel era para ter alguma coisa na mão. O Professor Zerbini tinha que aproveitar o momento político em que era possível obtê-lo, já que o decreto representava a permissão para executar. Daí para frente era necessário criar as pressões políticas suficientes para a sua execução". "Sua idéia (ele falava isso) era criar o fato, ou criar uma crise para gerar o fato. Ele não 'tergiversava' (ele gostava de usar esta palavra), ia direto ao ponto. Era simples, caboclo."

5.1. O Professor Zerbini

Vários são os depoimentos que atribuem ao Professor Euriclides de Jesus Zerbini a existência do Instituto do Coração: "o Dr. Zerbini era o motor do InCor", "as histórias do Professor Zerbini e do InCor se confundem" e "uma coisa é certa: só existe InCor porque existiu Zerbini".

"Fui lá e conheci o Professor Zerbini: ele era de uma humildade social, demagoga e inteligente". "Ele usava a humildade como arma de agressão".

Simple, ou aparentemente simple, humilde, carismático e trabalhador são os adjetivos mais comumente utilizados para traçar o perfil deste médico, professor universitário, nascido em 1912, que em 1930 entrou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁸⁸. Em 1932, após ter participado na resistência que levaria à Revolução Constitucionalista, ainda no 3º ano da escola médica, começou a trabalhar como assistente do Professor Alípio Corrêa Neto ⁸⁹. A formatura ocorreu em 1935, ano em que iniciou a atuar em Cirurgia Geral na clínica particular do Dr. Alípio que também o convidou para a Santa Casa. Em 1944 recebeu bolsa de estudos para o Barnes Hospital em Sant Louis. Em 1949 casou-se e tornou-se chefe do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas. Em 1951 foi admitido como docente da Escola Paulista de Medicina, atividade conciliada posteriormente com a de cirurgião do Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo (o Instituto Dante Pazzanese). Simultaneamente mantinha clínica particular na Beneficência Portuguesa.

⁸⁸ FUNDAÇÃO E.J. ZERBINI *ZERBINI: mestre do coração. 1912-1993*. São Paulo, 1993.

⁸⁹ ZERBINI, E.J. *Memorial apresentado para o concurso de Professor Titular do Depto de Clínica Cirúrgica da FMUSP*. São Paulo, 1969.

Assim, o acúmulo de posições nos principais institutos do Estado de São Paulo, permitia que o Professor Zerbini "dominasse a cardiologia". Este domínio se efetivava, na Universidade de São Paulo, através de sua associação com o Professor Luiz Venere Décourt, que "era um didata. Absolutamente lógico. Empolgava nas discussões de casos, era um excelente professor. Um médico com um senso de ética muito grande, que assumiu a cátedra em 1950". Os dois haviam sido colegas de turma na Faculdade de Medicina. "O Professor Décourt é de uma outra linhagem de médico, que não existe mais. Sempre foi metódico, atendia no máximo 5 ou 6 consultas por dia, para que pudesse escrever e preparar aulas. Uma pessoa de excepcional formação humanista, atualizadíssimo, um filósofo".

"A associação cirurgia-clínica e a capacidade do Professor Zerbini de não cercar e ajudar no desenvolvimento de pessoas fortes ao seu redor permitiram que o Zerbini fizesse escola. Até com a ciúmeira normal que um médico tem do outro, ele sabia que ele só poderia crescer se também auxiliasse no crescimento das pessoas ao seu redor". Em outro depoimento afirmou-se: "A interrelação entre clínica e cirurgia é obrigatória. Esta era de certa forma inovadora, sim, porém, obrigatória".

O "modelo Zerbini" compreendia, além de muito trabalho, delegação e debate entre o grupo médico, a concepção de que a produção nacional de equipamentos era imprescindível para a viabilização da cirurgia cardíaca no Brasil. "O Zerbini achava que sem produção nacional de equipamentos não haveria cirurgia cardíaca. Daí a importância que ele dava ao assunto". "A Bioengenharia tornava-se imprescindível, para fabricar o material que ele precisava para operar, criar equipamentos para cirurgia. Seu primeiro grande avanço foi a bioengenharia".

Indiscutivelmente determinado, fez do Instituto do Coração a sua obra de vida. "O Zerbini concentrou toda sua energia na luta pelo InCor". "Pode-se dizer que ele era determinado. Se você me perguntar se ele utilizou de métodos maquiavélicos, eu respondo que pode ser que sim, e talvez sem isso ele não conseguisse o que conseguiu". Maquiavélico ou determinado, este homem fixou um objetivo, ele "queria chegar 'lá'". "Lembro de uma entrevista em que uma jornalista perguntou ao Dr. Zerbini como ele podia gastar tanto dinheiro na compra de equipamentos sofisticados, quando havia tantos outros problemas de saúde, que a cirurgia cardíaca era cara... Ele respondeu com tranquilidade que a única coisa que ele sabia fazer era cirurgia cardíaca e que ele cuidava daquilo que ele sabia fazer. Se cada um fizesse bem aquilo que sabia fazer, seria bom para todos ...".

Em algumas entrevistas com pessoas muito próximas ao Professor, foi levantada a hipótese de que ele tenha ficado deprimido após a morte de seu filho médico, Eduardo, em meados da década de '70. Há depoimentos em que se ressalta a mudança do seu comportamento após o acidente, porém uma pessoa disse: "Certamente não. Quando o

Professor morreu (1993), ainda tinha planos por mais 15 anos. Ele estava ajudando o Dr. Raul Marino a fazer o Instituto do Cérebro e tinha uma idéia de fazer uma Central de Institutos, longe do H.C., quem sabe no meio da floresta, onde todas as especialidades da Medicina pudessem trabalhar juntas. Para isso, ele já tinha conseguido área física, planta e financiamento de japoneses. Além desses, ele tinha outros dois projetos".

5.2. Terreno e construção do prédio

Uma vez conseguido o decreto, que parece ter representado a permissão para realizar o Instituto, era necessário iniciar a sua concretização. "Após o primeiro passo de aprovação, tratava-se de obter recursos para edificação".

"Daí nós começamos a namorar terrenos. O Dr. Otávio Martins Toledo, diretor do Emilio Ribas, era solteirão e estava doente. Nós fomos visitá-lo e o Zerbini chegou com o papel em que ele doava o terreno (a parte do Emilio Ribas) que a gente queria. O Zerbini explicou o pedido e falou que só precisava assinar aquele papel". "E nós fomos atrás do terreno, que foi conseguido em duas etapas. Primeiro o Dr. Otavio, cedeu um pedacinho, depois eu sugeri que o Zerbini conseguisse mais um pouco de terreno". "O Dr. Otávio sempre foi acessível, ele não colocava empecilhos para a concessão de terreno para o Instituto".

Assim, no Diário Oficial do Estado de São Paulo do dia 6 de dezembro de 1966, foi divulgada uma lei autorizando a Fazenda do Estado a alienar por doação, ao Hospital das Clínicas da FMUSP, terreno para o Instituto de Doenças Córdio-Pulmonares.

"Com o terreno conseguido, o Zerbini convidou o Nelson Daruj, a Clarice e o Dr. Bittencourt para planejar o prédio". "A primeira equipe montada tinha como objetivo a construção física, além do estabelecimento da filosofia do futuro hospital. Composta por três membros: Delmont Bittencourt, Clarice Ferrarini e Nelson Daruj. Eles viajaram para o exterior para visitar outras organizações semelhantes e assim extrair novas idéias".

O Dr. Delmont Bittencourt era cirurgião cardíaco, livre docente da Faculdade de Medicina, descrito como uma pessoa de rara inteligência, que manteve importante produção acadêmica até meados dos anos 70. Clarice Ferrarini é enfermeira, formou-se na Escola de Enfermagem Ana Neri, no Rio de Janeiro, em 1943. Seguiu carreira no Hospital das Clínicas até assumir a Diretoria de Enfermagem em substituição à "alemã", quando o Dr. Eneas de Carvalho Aguiar era superintendente. Nesta época, ela integrava os esforços da equipe de cirurgia cardíaca para a realização do primeiro transplante. Em

1969 teve sua festa de aposentadoria do H.C. Nelson Daruj, na época, era um jovem arquiteto.

"Em 1965. O Bittencourt e a Clarice me disseram da finalidade do projeto. A gente discutia muito, era gente inteligente. Os conceitos básicos eram dois: distanciar o tanto quanto possível o hospital da Idade Média e reduzir a edificação a uma escala humana...Você conhece a Santa Casa? Aquele pé direito imenso é intimidador. E também o que muitas vezes acontece é que a edificação vai incorporando materiais segundo a oferta do mercado, o que pode descaracterizar o projeto. Nossa idéia era que o paciente fosse a figura central".

"Eu trabalhei com a Clarice Ferrarini e o Delmont Bittencourt. Quem coordenava tudo eram eles. Eles tinham uma visão de 20 anos para a frente. Essa visão era muito necessária, porque o hospital se movimenta muito rápido, assim como a medicina. Por exemplo, fizemos corredores amplos, que hoje continuam adequados. Fizemos excessos nas salas de cirurgia, prevendo sua maior utilização no futuro, o que se concretizou. O que não imaginamos era a necessidade de que o corpo permanecesse aqui por mais tempo, no aguardo de transporte ou para higienização. Naquele tempo se buscava o interesse público. O Professor Zerbini detinha a liderança naquela época. E o prédio conseguiu se manter atualizado durante 20 anos. No grupo inicial era gente inteligente, que queria fazer o hospital para o paciente".

A atuação foi basicamente conceitual até o primeiro transplante cardíaco brasileiro. "A repercussão intensificou-se a partir de maio de 1967, com o transplante realizado pelo Dr. Barnard e depois com o primeiro transplante realizado no Brasil, em maio de 1968". "Para a realização de um transplante cardíaco existe a necessidade de selecionar alguém que se possa afirmar com toda a convicção que, se essa pessoa não receber o transplante, ela vai morrer". "O Zerbini já tinha feito o trabalho em cachorros, mas não em gente". "Ele só não conseguiu fazer a cirurgia antes do Barnard por não ter encontrado compatibilidade entre futuro provável doador e receptor".

"Em 26 de maio de 1968, a atenção da medicina mundial voltou-se para o Hospital das Clínicas de São Paulo. Pouco tempo antes, o prof. Christian Barnard havia abalado o mundo com o primeiro transplante de coração, na África do Sul. Comentando a notícia, o prof. Zerbini, médico de infinita bondade, oficiando no nosso HC, confidenciara-me algo extraordinário. Antes das nações do Primeiro Mundo, sua equipe iria repetir o feito. O sonho emocionou-me, mas não acreditei.

Certa manhã ele me chamou ao telefone. Voz embargada, disse-me: "Governador, acabamos de encontrar doador e receptor em condições clínicas que permitirão à nossa

equipe (nunca falava na primeira pessoa) fazer o transplante de coração. Será dentro de meia hora e convido-o para assisti-lo"⁹⁰.

"O Zerbini sabia que o fato transplante seria uma porta. Várias vezes ele tentara falar com o Governador e não tinha acesso". "A história do InCor deve ser começada em 1968, pois ela deriva da cirurgia cardíaca. Foi após o primeiro transplante que o Prof. Zerbini obteve apoio do Governador Abreu Sodré. Mas este transplante não teria ocorrido sem um intenso trabalho anterior". "Depois do primeiro transplante, foi fácil conseguir mais dinheiro. "Naquela época o coração tinha muita força. O Zerbini providenciaria o dinheiro necessário pela sua força, pelo seu prestígio".

"Em 1968 o prédio já tinha forma, tanto é que eu apresentei o projeto para algumas pessoas durante a viagem". "A viagem de observação foi em 1969. O Bittencourt, o Nelson Daruj e eu viajamos para os Estados Unidos, Canadá, Alemanha. A gente tinha a preocupação com visores, com uma planta física adequada à integração entre clínica e cirurgia".

"Assim, no governo Abreu Sodré houve a consolidação da obra". "A coisa não é assim, como se você tivesse um dinheiro para fazer uma casa e se adaptasse a isso. Você vai cumprindo etapas sem ter previsão alguma. Tudo dependia das articulações do Professor Zerbini para conseguir o dinheiro necessário. Deste jeito o preço é multiplicado por 10. O grupo era o intérprete das necessidades do hospital. Os dois (*Clarice Ferrarini e Delmont Bittencourt*) decidiam tudo da obra. Não era uma época democrática, e o Professor Zerbini tinha delegado para eles a obra. E eles conseguiram enxergar muito à frente: eles identificaram o surgimento das diferentes especialidades clínicas. Diante da necessidade de estar atualizado no futuro, o projeto foi superdimensionado, o que comporta as necessidades atuais. A primeira etapa foi de terraplanagem, a segunda, de fundações e a terceira, de acabamento". "A viabilização do primeiro prédio dependeu fundamentalmente dos dois que fizeram de tudo: acompanhar a obra, a edificação, obtenção de recursos, num cuidado quase maternal". "O Departamento de Obras Públicas (D.O.P.) mantinha-se como um órgão fiscal".

Neste período de construção do Instituto, de 1969 a 1974, as atividades de assistência, de ensino e de pesquisa relativas à cardiologia paulista, no serviço público, desenvolviam-se simultaneamente no Edifício Central do Hospital das Clínicas, no Instituto de Cardiologia da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (atual Instituto Dante Pazzanese), na Escola Paulista de Medicina, na Oficina Coração-Pulmão e na Santa Casa de Misericórdia.

⁹⁰ SODRÉ, R.A. *No espelho do tempo - meio século de política*. São Paulo. Editora Best Seller, 1995.

No memorial⁹¹ utilizado no concurso para professor titular do Departamento de Clínica Cirúrgica em 1969 se verifica que, a partir de 1959, o Professor Zerbini, além de seu exercício na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aceitou ser cirurgião do Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo, assumindo posteriormente a Chefia de Seção de Cirurgia Cardíaca. Não se esclarece se acumulava a função de docente na Escola Paulista de Medicina, onde exerceu a chefia de disciplina entre 1953 e 1957. Trabalhava paralelamente como cirurgião emérito da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo a partir de 1967. Os depoimentos indicam que a clínica particular na Beneficência Portuguesa nunca foi interrompida. As datas não são especificadas com exatidão, mas este acúmulo de atividades permite a conclusão de que houvesse pessoas de sua confiança desenvolvendo funções em cada uma destas frentes.

Assim, enquanto o Professor Delmont Bittencourt e a enfermeira Clarice Ferrarini garantiam a consecução da obra, o professor Zerbini utilizava o seu prestígio adquirido através da cirurgia cardíaca para angariar recursos, após ter alcançado o degrau máximo da carreira acadêmica, participando do concurso para Professor Titular.

Segundo Teixeira⁹², a Oficina Coração Pulmão Artificial, localizada nos porões do Hospital das Clínicas, havia sido criada em 1959 para a manutenção e reposição de peças dos primeiros aparelhos importados para a circulação extra-corpórea. Em 1965 foi iniciada a produção de válvulas, seguida, a partir de 1968, pela produção de marca-passos.

"Só que naquele tempo (meados de 60), o Dante Pazzanese era uma instituição pequena, assistencial e o Adib, que já havia trabalhado como encarregado da oficina Coração-Pulmão, porque gostava de mecânica, foi designado pelo Zerbini para chefiar o Dante Pazzanese".

"Quando o Professor Zerbini assumiu a posição de Professor Titular, ele saiu do Dante e indicou o Adib (*Dr. Adib Domingos Jatene*). Não se trata de uma cisão, nem de um pedido do Zerbini. Provavelmente o Adib pensou que teria dificuldade para subir na carreira tão rapidamente quanto desejava, se continuasse na Universidade - ele seria massacrado na USP. Então ele solicitou que o Zerbini o indicasse para o Dante, onde ele (Adib) poderia crescer mais rápido".

"Enquanto o Zerbini usava o Dante para operar, o Adib começou um processo de alto investimento, começando pela Bioengenharia, como tinha feito o Zerbini no H.C." "O Adib sempre foi muito independente, queria fazer as coisas sozinho, desenvolver atividades pessoais, fazer o marca-passos. Ele era o preferido do Zerbini, mas não tinha muito apoio."

⁹¹ ZERBINI, E.J. *Memorial*. op. cit.

⁹² TEIXEIRA, J.M. *Instituto do Coração: Incor ontem*. (Mimeo).

Segundo seu memorial⁹³, o Professor Adib Domingos Jatene iniciou sua carreira no Instituto de Cardiologia da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo como cirurgião contratado em 1958. O ponto máximo deste caminho foi alcançado em 1975, quando assumiu posição de Diretor Geral. Nos dois memoriais as datas relativas às funções específicas são confusas.

Com a saída do Professor Adib Domingos Jatene da Oficina para o Dante Pazzanese, o Zerbini delegou a coordenação da Oficina Coração-Pulmão ao Professor Seigo Tsuzuki (que posteriormente assumiria o Ministério da Saúde no Governo Sarney).

Em 1974, ainda segundo Teixeira⁹⁴ a Oficina Coração-Pulmão passou a designar-se Centro Experimental de Pesquisas em Bioengenharia (CEFEB). O jornal "A Folha de São Paulo", em 17/03/74, publicou uma reportagem que revelava ser o InCor a obra mais cara em toda história do Departamento de Obras Públicas, com 11 andares, 30 mil m² e enfermaria com 270 leitos. Segundo este artigo, o hospital só era menor do que o Hospital de Lyon, dentro de sua especialidade.

5.3. A equipe do planejamento operacional

"Concluído o primeiro período de articulação política para obtenção de verbas, terreno e edificação, era necessário fazer o Instituto funcionar, com aparelhagem e gente. Quanto à aparelhagem, o Delfim (então ministro da Fazenda) conseguiu um empréstimo com o governo francês. A Hewlett Packard ganhou a concorrência e instalou todo o equipamento". "Em 1974, o Zerbini formou a Comissão de Importação, para a compra de equipamentos. Era para escolher o que era de melhor, mais moderno. Foi daí que surgiu o contrato com a Hewlett-Packard".

"Nesta fase já tinha sido criada a estrutura organizacional do InCor, com Conselho Diretor formado por Zerbini e pelo Décourt. O Dr. Bittencourt era pensado pelo Zerbini para ser o Diretor Executivo, só que ele não queria, queria ser cirurgião".

"Com o prédio terminado, o Dr. Oscar Cesar Leite designou o Humberto (*Dr. Humberto Moraes Novaes, atualmente consultor da Organização Mundial da Saúde em Washington*) como primeiro Diretor Executivo do InCor. O Humberto era assistente do Dr. Oscar Cesar Leite, então Superintendente do Hospital das Clínicas. Ele foi encarregado de elaborar o manual operacional. Nesta época foi contratada uma consultoria (não me lembro bem do nome, mas a gente usou muito pouco, não

⁹³ JATENE, A.D. *Memorial apresentado ao concurso para Professor Titular de Cirurgia Torácica do Depto de Cirurgia da FMUSP*. São Paulo, 1982.

⁹⁴ TEIXEIRA, J.M. Texto citado.

aproveitou). O Humberto, avaliando o material da consultoria, percebeu que seria necessário elaborar o manual segundo nossas necessidades e formou o grupo".

"O grupo dos 13 reunia a nata do H.C.". "Em 7/11/74 o Dr. Humberto pediu para que elaborassem os manuais de assistência e lhes deu um modelo/roteiro. Os manuais determinariam o modelo de assistência". "A previsão era iniciar o funcionamento do ambulatório em janeiro de 1975." A proposta para o grupo dos 13 era 'organizar', através da confecção de manuais. Supunha-se que, ao escrever, as pessoas aprofundariam a abordagem dos temas. O ganho era a troca de informações, a sistematização da conversa, o que permitiria o esclarecimento da tarefa, a racionalização do trabalho. A brincadeira do grupo era quem seguraria o guarda-chuva do defunto".

O grupo de planejamento operacional foi constituído de profissionais que, pelas mais variadas histórias, foram absorvidos de outras estruturas do Hospital das Clínicas. Tratava-se de equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiras, assistente social, farmacêutico e psicóloga. Todos jovens entre 24 e 28 anos, predominantemente recém-formados ou recém-egressos de sua modalidade de especialização. "Naquele tempo eles não tinham problema financeiro, o seu problema era o 'ideal'." "O Dr. Humberto coordenava o grupo que elaborava o trabalho. Posteriormente apresentava o trabalho ao Conselho Diretor, que costumeiramente apenas referendava a decisão do grupo". "Todos foram obrigados a fazer o curso de administração".

"Em 1974 o grupo era bastante unido, desvinculado dos médicos da Faculdade de Medicina e o Dr. Humberto era responsável pela articulação. Este grupo ficou unido num sonho. Organizava o protocolo de atendimento, contratava pessoal para o ensino. Algumas pessoas foram para o exterior e trouxeram idéias novas. Nesta época se pensava em um hospital público, cirúrgico, de quarta linha, destinado ao atendimento ambulatorial e clínico, ensino e pesquisa. Os programas de atendimento eram multiprofissionais, baseados em um "historicão", que era um instrumento para que todos os grupos profissionais trabalhassem de forma integrada. Só que, devido ao tempo de coleta de informações, aliado à estrutura de triagem, centralizada em enfermeiras sanitárias, este instrumento não funcionou. Quatro enfermeiras atendiam, faziam histórico e repassavam para os médicos. Este procedimento era adequado a um ambulatório com 5 pacientes/dia".

"O primeiro encontro do Dr. Zerbini com a equipe multiprofissional ocorreu em 18/06/75. Nesta reunião o Dr. Humberto apresentou o grupo de trabalho à equipe médica. Dr. Zerbini falou da importância da integração profissional".

"Era um grupo teórico, onipotente, criado para a manualização. Acreditavam que tudo ocorreria como estava escrito e se assim não fosse, elaboravam novo texto. Tinham uma preocupação com o perfeito". "No planejamento, o doente não ia morrer (queriam apenas fazer duas gavetas no necrotério). Tudo era perfeito".

5.4. A inauguração

Estudando os arquivos do jornal "A Folha de São Paulo", verifica-se que desde 1972 eram publicadas notícias sobre a inauguração do hospital. Na Folha de São Paulo de 3 de janeiro deste ano se lê: "Instituto do Coração dirigido por Zerbini abrirá em dezembro". Em 12 de janeiro de 1973, informa-se: "com verba liberada, instituto abrirá em um ano." Há referência a uma "inauguração" do InCor em 5 de fevereiro de 1975.

Realmente, no dia 4 de fevereiro de 1975 ocorreu uma solenidade de inauguração do Instituto do Coração. O professor Zerbini abriu a cerimônia com um discurso dirigido ao Governador Laudo Natel e às "autoridades civis, militares e religiosas", em que ele conta a sua história do InCor, comparando-o à "construção de um grande templo religioso", por ser o "fruto da dedicação constante de uma geração". Agradeceu então a participação do Governador para a realização da obra, falou do decreto de 24 de dezembro de 1963, da concessão do terreno em 1966 devido à colaboração de Otávio Martins de Toledo e Carlos Oliveira Bastos, do início das obras em 1969 e do apoio do Ministro Delfim Neto, do Secretário de Planejamento do Estado de São Paulo Onadyr Marcondes, e Arrobas Martins e da administração do Hospital das Clínicas na figura do Dr. Oscar Cesar Leite. Mencionou a contribuição específica de Delmont Bittencourt, Clarice Ferrarini e Nelson Daruj e de sua viagem ao exterior para o estudo de institutos congêneres em Mineápolis, em Houston, Montreal, Dusseldorf, Lyon, México e Tokyo. Após ter descrito a obra em si, projetada, segundo ele, por um grupo de arquitetos do Departamento de Obras Públicas do Estado de São Paulo, liderado por Nelson Daruj, o Professor Zerbini afirmou que a origem dos anseios que determinaram esta realização datava de 1934, na Santa Casa de Misericórdia. Também destacou a união entre os grupos de cardiologia e cirurgia cardíaca, resultante do entendimento entre dois professores titulares, sendo o primeiro centro clínico-cirúrgico da Faculdade de Medicina. Concluiu o discurso agradecendo a todos os que trabalharam no empreendimento.

O segundo discurso foi proferido pelo Dr. Oscar Cesar Leite e destinado aos membros da imprensa e aos "seus colegas, servidores do Hospital das Clínicas". Os temas centrais de sua fala foram: a questão pública, a política, a justiça e a verdade. Sua primeira preocupação foi caracterizar o ato de inauguração como "público e político", e após explicar o uso dos termos conclui que "neste período administrativo, tudo foi feito à luz do sol, os caminhos sempre retos e os objetivos sempre os maiores ... A política sempre dirigida, encarada e desenvolvida por governo e instituição na sua mais elevada significação". Apresentou alguns resultados do Hospital das Clínicas e "em nome da verdade", disse que todo o edifício não estava pronto, que os equipamentos estavam

colocados e que, desde abril de 1974, o Centro Experimental de Pesquisa em Bioengenharia funcionava ali. Atribuiu a não conclusão da obra a razões técnicas, estritamente técnicas. Relacionou então o equipamento disponível e destacou a existência de vinte e quatro manuais de procedimento, "base fundamental da organização, fruto do trabalho do grupo". Nomeou duas figuras, "cujos nomes se ligam incontestes à obra": Luiz Venère Décourt e Euriclides de Jesus Zerbini, sendo ele o "responsável primeiro e responsável último pela obra". Concluiu o discurso afirmando que, dos recursos alocados para a realização do InCor, 77,79% eram provenientes do governo Laudo Natel e, por isso, a consciência estava tranquila, "a satisfação justificada, justa altivez se faz presente, pois o dever foi mais uma vez cumprido".

O terceiro discurso coube a Henri Aidar, Secretário dos Negócios da Casa Civil do Governo Laudo Natel e tinha como tema básico a prioridade conferida por este governo à saúde pública, especialmente ao Hospital das Clínicas.

A cerimônia foi encerrada pelo Governador Laudo Natel, situando "este acontecimento sob o prisma do desenvolvimento, apesar de algumas dificuldades que assoberbam a vida do nosso País no presente momento, decorrente da situação internacional".

Voltando aos arquivos do jornal "A Folha de São Paulo", posteriormente, em 23 de junho de 1976, pode-se encontrar uma reportagem sobre a visita do Governador Paulo Egydio Martins, em que há menção de que o InCor não havia sido inaugurado para atendimento aos doentes. Neste artigo o Professor Zerbini agradece a liberação de verbas pela Caixa Econômica Estadual "que permitirá a conclusão da montagem do Instituto", numa previsão de atendimento de 60 pacientes/dia.

Os depoimentos também não são precisos quanto ao início das atividades. Apesar da imprecisão da data, sabe-se que a primeira área a transferir-se do Hospital das Clínicas para o Instituto do Coração foi a Bioengenharia, devido à precariedade de suas instalações nos porões do Prédio Central. Provavelmente, o ambulatório abriu-se ao público em 1977 (há referências também ao ano de 1976), mas eram grandes os problemas para viabilizar a implementação das áreas de internação. Em um depoimento se afirma a operacionalização de três leitos de internação em 77 e da clínica cirúrgica em 1978. Mas outra entrevista de cirurgião revela a inexistência de cirurgias antes de 1979.

Enquanto o grupo do planejamento operacional tomava contato com a realidade naquela implementação de serviços, algumas pessoas entendiam que a inauguração do Instituto do Coração tratava-se " simplesmente uma mudança de ambiente físico". Ou seja, significava ocupar novas instalações do outro lado da mesma rua.

"Só que ninguém deu bola para os manuais. Não tinha como internar, porque não tinha dinheiro." Há de outro lado quem seja enfático ao afirmar que "o manual determina a assistência e que, em qualquer discussão, o argumento final é 'está no

manual' ". O fato é que, apesar da existência do prédio, de muitos equipamentos, de profissionais e de vários manuais, a organização não funcionava porque nunca havia sido projetado o seu fluxo financeiro.

5.5. A Fundação como saída alternativa

"Quando o Humberto foi para Washington, o Zerbini me incumbiu da Diretoria Executiva. No meu quebra-cabeças eu tinha responsabilidade de transferir os ambulatórios, o problema de como pagar os médicos e como contratar engenheiros para substituir os da Hewlett Packard, porque o contrato já ia se expirar. O Zerbini e eu conversávamos sobre alternativas, e o mentor da idéia da Fundação foi o Arrobas Martins, que era chefe de gabinete do Paulo Egydio Martins. O Zerbini sempre conversava com políticos e era aconselhado a fazer uma Fundação".

"Quanto à gente, a principal dificuldade era o horário de médicos e enfermeiras (todo mundo sabe que o médico chega meia hora depois e sai meia hora antes). A idéia era fazer um Instituto diferenciado e daí a proposta de conseguir recursos adicionais para pagamento de funcionários e médicos através do atendimento remunerado de convênios e particulares. Aqui no Brasil todo mundo é falso. Essa história de não cobrar só dá mais lucro para o seguro de saúde, que toda a classe média tem. Foi uma luta até conseguir a permissão pelo Conselho do H.C., que liberou a proporção de até 20% do atendimento para particulares e convênios".

"A próxima dificuldade era o fluxo da verba. O caminho 'natural' seria que todo o dinheiro captado pelo atendimento no Instituto iria para a Secretaria da Fazenda que decidiria a sua utilização futura. Estamos falando de uma 'revolução', pois a esquerda não aceita nenhuma forma de cobrança pelo serviço público".

"O Ministro do Planejamento era o Reis Velloso e o Zerbini, com aquele jeito inocente, mas muito sabido, após tê-lo atendido, pediu-lhe para ajudar a viabilizar o InCor. Nesta época o prédio já estava pronto: tinha equipamento, médicos, enfermeiras, mas não funcionava. Não atendia um paciente. Acho que o Reis Velloso, fragilizado pela doença, encarregou o CNPq para estudar alguma alternativa. .. Nesta época, o Seigo era Diretor Executivo, como o José Manoel hoje, e o InCor era um típico órgão público: as pessoas iam para lá e assinavam o ponto. Todos os manuais estavam escritos e o Dr. Zerbini era a grande figura".

Isto significa que, em 1977, na cidade de São Paulo, que já era a maior cidade do país, existia uma grande obra pública, a maior obra pública do Estado de São Paulo até

então, que não atendia a finalidade a que se propunha, pois não contava com recursos financeiros para a sua operação diária. Já possuía equipamentos e corpo de funcionários, que logicamente significavam custos. A aprovação da obra em 1963 não previa orçamento ou mesmo terreno de construção. Durante todo o período de edificação também não se solucionou a equação financeira. Nesta época o Instituto do Coração era chamado de "Elefante Branco", além do apelido técnico de "Instituto do Pericárdio, porque só tinha o invólucro e nada dentro".

No início de 1977, "na parte interna do InCor, já se implantou a estrutura, onde os profissionais do planejamento assumiram sua função", ou seja, eram todos diretores de um serviço inexistente e "o InCor tinha equipamentos comprados pelo Estado, encaixotados. O que não tinha era dinheiro para a operação, para o seu fluxo". Neste contexto, o grupo dirigente decidiu pela instituição da FUNDEBE e desenhava alternativas para sua viabilização financeira.

"A discussão sobre a Fundação não chegou ao grupo de planejamento. Assim o grupo de planejamento se caracterizava como um grupo operacional - fazer acontecer, implantar um conjunto de serviços, sem qualquer abordagem mais estratégica. Nunca imaginariam uma Fundação pagando os funcionários. Salário, naquela época, não era problema". Esta discussão parece também não ter chegado ao grupo de médicos. Nas entrevistas realizadas, os profissionais informaram não ter acesso a esta decisão. Dizem não saber do que sucedia nesta esfera.

Com importantes contradições acerca da origem da idéia, após um processo que envolveu poucas, porém notórias personagens da vida política brasileira, em 1978 foi criada a "Fundação para o Desenvolvimento da Bioengenharia": uma pessoa jurídica de direito privado, de fins não lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, apresentando as seguintes finalidades⁹⁵:

- colaborar com o InCor, no Brasil e no exterior em programas de desenvolvimento tecnológico nas áreas de Bioengenharia, Clínica, Cirurgia, Diagnóstico e áreas correlatas.
- patrocinar o desenvolvimento de novos produtos, equipamentos, sistemas e processos
- promover cursos, simpósios e estudos
- divulgar conhecimentos tecnológicos, editar publicações técnicas e científicas
- instituir bolsas de estudo e estágios

Assinam o estatuto os instituidores da Fundação: Delmont Bittencourt, Euriclides de Jesus Zerbini, Fabio Lopes Monteiro de Barros, Fulvio José Carlos Pilleggi, João

⁹⁵ Estatuto da Fundação para o Desenvolvimento da Bioengenharia - Fundebe. Escritura registrada no 11o. Cartório de Notas da Cidade de São Paulo, no Livro de Notas 2888, a partir da folha 61. 12/09/1978.

Tranchesi, Kenji Nakiri, Luiz Venere Décourt, Paulo Anthero Soares Barbosa, Radi Macruz, Ruy Vaz Gomide do Amaral e Seigo Tsuzuki.

"A Fundação tinha como modelo a Fundação da Faculdade de Engenharia, a Fundação do Dr. Helio Guerra Vieira. Eu fui consultá-lo e ele deu o estatuto. Depois eu levei o Zerbini para conversar com ele". As respostas à pergunta sobre os temas em debate na época variam ao redor do seguinte argumento: "Tratava-se de uma análise por contraposição, era claro o que não queríamos: não queríamos que os médicos viessem, assinassem o ponto e saíssem, como eles fazem em muitos serviços públicos; não queríamos um ambulatório que não funcionasse à tarde, não queríamos falta de material, ou seja, queríamos um hospital que funcionasse com eficiência. Creio que o modelo, o sonho era a Cleveland Clinic. Ou seja, tínhamos que encontrar alguma forma para que o hospital funcionasse com dedicação exclusiva dos médicos, ocupação integral do ambulatório e alguma forma de pagamento que conseguisse mais do que o Estado pagava".

Também não há consenso entre os depoentes sobre os mecanismos financeiros que deveriam ser utilizados pela Fundação. "Minha proposta era a criação de uma Fundação Privada, que significasse um mecanismo para a canalização dos recursos provenientes tanto do INAMPS (diretamente ao InCor e não através do H.C.), como de outras entidades com que firmássemos convênio. O primeiro passo seria assim, a formulação de um convênio entre o Hospital das Clínicas e a Fundação que permitisse que a Fundação cobrasse diretamente o INAMPS. O desenho básico é de uma entidade privada, uma associação de pessoas (uma Fundação não pode ser pública, senão não é Fundação, só aqui no Brasil que criaram esta figura), que cobra o INAMPS em nome do InCor e canaliza os recursos".

Há depoimentos em que se ressalta a função de captação: "Vamos falar algumas coisas antes:

1. Nenhuma Fundação surgiria se o Estado cumprisse sua função social.
2. O brasileiro não doa. O americano tem o costume de doar, o europeu doa um pouco. O brasileiro não.
3. Pegar o dinheiro do Estado para repassá-lo não faz o menor sentido.

O InCor não existia porque não tinha estrutura útil para ninguém. Ele não tinha nada e não tinha nada porque não funcionava. Era um círculo vicioso. Tinha trinta anos de concepção sem operacionalização. Imediatamente nos conscientizamos que seria necessário dotar o Instituto dos recursos necessários para que se iniciasse a sua operacionalização. É como um supermercado que precisa ter os produtos na prateleira para abrir as portas. Também tínhamos outra coisa clara: as pessoas que pudessem pagar deviam fazê-lo pelos que não podem... Hoje a Fundação perdeu a finalidade: ela só refatura, não capta recursos. Nós pedíamos dinheiro".

Parece que o grupo dirigente tinha um consenso na época: "É importante destacar que o sistema de administração pública inviabiliza a administração de hospitais. Os motivos são: o pagamento de pessoal e o sistema de compras." Em outras palavras: "É importante ressaltar que se a Fundação satisfizer os preceitos legais, ela não opera. As estruturas burocráticas para a "prevenção do roubo", para que as pessoas não se apropriem da coisa pública e para o controle são tão fortes que a Fundação passa a ser uma ilegalidade formalizada. Isso assustava demais os outros, mas a gente não, porque fomos chegando a isso paulatinamente".

Quanto à sustentação legal da participação da Fundação no gerenciamento do Instituto do Coração, as respostas obtidas também não são uniformes: "Fizemos um arrendamento oficial do prédio do InCor para a Fundação ao valor de 1 unidade da moeda por mês. Foi um contrato feito pelo Paulo Egydio e pelo Arrobas Martins". Em outra entrevista ocorreu o seguinte diálogo: "*E o arrendamento?* É melhor não usar este termo". "Naquela época nós tínhamos como prioridade efetivar os dois convênios: um com o H.C. que autorizasse a Fundação a faturar os serviços prestados pelo InCor e o outro com o INAMPS, que na época tinha o Jair Soares como Ministro".

Decidiu-se paralelamente pela atenção à imagem pública: "A primeira coisa era o Marketing. A imagem pública da Fundação era muito importante, era necessário divulgar o InCor. O Eugenio Grigorowitschs fez o plano".

"Em meados dos anos 70, não me lembro bem da data, quando eu tinha um sítio em Mairinque, no interior de São Paulo, num jantar em um restaurante que mantínhamos. Era uma daquelas reuniões caça-níqueis com empresários da região para levantamento de recursos para a Santa Casa local. Esta reunião rendeu dinheiro pra burro, algo como 2 milhões de cruzeiros da época. Neste dia, o Seigo se apresentou e pediu minha ajuda porque eles tinham instituído uma Fundação, com o financiamento da FINEP, já haviam passado dez meses e a Fundação só existia no papel. Eu não me toquei muito com a história do Seigo, mas quinze dias depois ele voltou a contactar comigo, pedindo para que eu falasse com o Professor Zerbini. Eu me comovi com os apelos do Professor: ele era convincente."

"A Fundação, sob coordenação do Eugenio, fez então um plano para arrecadar recursos, traziam os conselheiros tanto para dar, como para captar recursos". "Nossa meta inicial era conseguir sessenta pessoas, a quem daríamos os título de "Conselheiros". Era fácil vender a idéia tendo como base a credibilidade que o Zerbini trazia. Eu, como publicitário, tomei primeira providência de usar meu crédito pessoal para fazer um bonito folheto, sabendo que eu ia pagá-lo com o que eu captasse depois. Para conseguir o dinheiro, eu organizava grupos de empresários e os levava para o InCor, onde eles assistiam o Zerbini. Desta forma eu captei o equivalente a sessenta monzas. Cada um dos

sessenta conselheiros contribuiu com o equivalente a um monza em um plano de pagamento em dez vezes. Nós prometemos um check-up anual para os conselheiros".

A Associação de Funcionários do Hospital das Clínicas se manifestava contra a Fundação, porque "hospital do Estado tem que ser mantido pelo Estado: é feito para atender o povão. Fundação sempre visa lucro - tanto é que, quando tem que cortar alguém, corta quem não paga. Naquela época a associação era forte". Apesar de forte, a arrecadação e o conjunto de trabalhos necessários à implantação do modelo prosseguiram.

5.6. A implantação do modelo

A arrecadação objetivava recursos para efetivar contratos de trabalho em tempo integral, pagando adicionais aos médicos que trabalhassem desta forma no Instituto. A verba também serviria para compra de equipamentos, materiais e financiamento a pesquisas. Paralelamente, foram realizados os primeiros convênios e a criação da EBM (*Equipamentos Biomédicos S.A.*), uma empresa para fabricação de equipamentos médicos, como fonte adicional de recursos. "A EBM era uma empresa normal, sem privilégios, a gente não podia ter esse tipo de problema com a concorrência, funcionava como uma fábrica". Em outro depoimento: "Nós criamos a EBM como forma de faturar o INSS. A EBM comprava alguns produtos da Bioengenharia e os revendia para o InCor, o que era uma alternativa para cobrar do INSS. A Fisics vem depois da EBM".

Através destes mecanismos, e com a garantia de que a Fundação Zerbini repassasse percentagem do seu faturamento bruto para o Hospital das Clínicas, ocorreu a implementação das atividades assistenciais no Instituto do Coração. Se, em 1977 iniciou-se a ativação do ambulatório, a partir de 1978 foram implantados os demais serviços. "Era como fazer qualquer coisa, só que nada foi feito pelo manual. A implantação foi na seguinte ordem: 8º. andar (primeiro metade, depois o resto), 7º. andar, 5º. andar e Pronto Socorro".

Em todas as entrevistas pediu-se que o entrevistado sugerisse uma divisão da história do InCor em etapas. Há quase sempre uma primeira fase da vida concreta da organização, que se inicia em 1978 e vai até 1980 ou 1981, surgindo assim divergências quanto ao seu término. Somente uma pessoa sustentou posição diferente: "não vejo cortes, não há qualquer solução de continuidade. Há o desenvolvimento das várias clínicas até que suas atividades assumissem uma certa rotina. Acho que a história do InCor é a do desenvolvimento das várias clínicas, das várias divisões".

À primeira fase são atribuídos vários nomes: "o sonho", "fase de crescimento", "adaptação inicial à falta de recursos para uma estrutura mais complexa", "reprodução do que estava ocorrendo do outro lado da rua".

Ocorre que, com a viabilização financeira, os vários serviços foram se constituindo no mesmo modelo de assistência já praticado no Hospital das Clínicas, ou seja, com a formação de grupos por tipo de doença. Os chefes de equipe eram aqueles que exerciam esta posição no Prédio Central. "Tudo começava em pequeno número de atendimentos" e os profissionais deveriam se adaptar às mais diferentes faltas: "faltava cabine primária para geração de energia", "não havia recursos humanos", "havia também uma grande defasagem relativa à evolução tecnológica ocorrida entre a época da concepção/idealização e a da concretização. Essa defasagem era representada pelo surgimento dos materiais descartáveis, que o Instituto não tinha recursos para comprar". Apesar das dificuldades, o envolvimento dos profissionais parece ter sido muito intenso: "O InCor era a continuação da minha casa. Para muita gente era assim". "A motivação era alta".

A demonstração das tabelas a seguir tem apenas finalidade ilustrativa, no sentido de fornecer alguma dimensão da grandeza dos fenômenos narrados e restringem-se somente ao aspecto assistencial dos serviços prestados pelo Instituto, excluindo, por conseguinte, as atividades de ensino e de pesquisa. Logicamente uma análise mais completa e apurada dos indicadores de produtividade de um hospital-escola dependeria da categorização do tipo de diagnóstico de internação e da especificação da complexidade das cirurgias realizadas, de medidas de produtividade em trabalhos acadêmicos, além de outros elementos, o que representaria uma tarefa de especialista, que, apesar de interessante, serviria de desvio do sentido de alcance dos objetivos propostos por este trabalho.

TABELA 1
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS REALIZADAS PELO INSTITUTO DO CORAÇÃO,
DE 1979 A 1982.

ATIVIDADE	1979	1980	1981	1982
consultas ambulatório	21736	26618	37083	40464
atendimento pronto-socorro		1395	4660	9023
leitos existentes (LE)	278	279	292	246
leitos funcionantes (LF)	51	74	141	212
% LF/LE	18%	27%	48%	86%
Internações	1429	2046	3084	4696
Média de permanência	10,5	9,6	11	11,9
Pacientes-dia	14122	19450	33886	54559
Cirurgias	374	731	1114	1706

Fonte: Relatório Quadrienal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TABELA 2

ATIVIDADES ASSISTENCIAIS REALIZADAS PELO INSTITUTO DO CORAÇÃO
NO PERÍODO DE 1979 A 1982.

ATIVIDADE	1979	1980	1981	1982
atendimentos ambulatoriais	22714	26921	43486	36055
atendimentos de urgência	-	1291	4667	9023
leitos funcionantes	51	125	152	219
cirurgias realizadas	111	628	1155	1706
exames hemodinâmicos	258	1305	1788	2694

Fonte: Relatório da Fundação E.J. Zerbini, 1983.

Os contrastes entre os números apresentados em relatório do Instituto do Coração e da Fundação Zerbini são consistentes, iniciam-se pela oferta de leitos, onde a Fundação informa números maiores, passam pelas cirurgias realizadas e atingem expressivas diferenças na execução de atividades ambulatoriais. Em ambos os casos verifica-se o período de implantação dos serviços.

5.7. Segunda fase: o crescimento continua

A segunda fase, de acordo com os depoentes, é designada de diferentes maneiras: "construção do InCor que existe hoje, de 1980 a 1985", "a 'degeneração' que começou em 80/81", "a implantação acelerada, de 1980 a 1983". É uma fase em que "cresceu violentamente a demanda" e "o trabalho segue parcelado: o médico olha o coração, a psicologia é auto-referente...".

A leitura dos números relativos às atividades assistenciais, apesar das discordâncias entre as diferentes fontes, permite concluir que na grande maioria dos serviços a produção se manteve em curva ascendente, com significativas diferenças entre as áreas, até 1985.

TABELA 3
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS DESENVOLVIDOS DE 1978 A 1987.

ATIVIDADE	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
ambulatório	19773	26921	43486	36055	43081	79924	84720	83357	100707
emergência	77	1291	4667	9023	11004	10923	19740	23636	20207
hemodinâm.	258	1305	1788	2694	3674	5536	5724	7267	7942
laboratório	226965	264589	465325	464478	483848	474797	494996	549649	475831
mét.gráficos	7707	10776	16758	21778	24506	60713	63807	63896	81895
radiologia	26513	44635	39607	41839	45245	30494	32334	31758	43985
internações	1979	2045	2962	4696	5844	5184	5352	5120	5660
cirurgias	111	628	1555	1706	2111	2301	2208	2136	2302
leitos	51	125	152	219	264	240	240	248	264

Fonte: Relatório da Fundação E.J. Zerbini, 1987.

Nem mesmo a aposentadoria do Professor Zerbini, quando ele completou setenta anos, em maio de 1982, fica evidenciada pelos relatórios de atividades, pois a curva de crescimento se manteve. Indagado sobre o impacto deste evento na organização, um entrevistado respondeu: "Foi só mudança de esquema de poder. Num dia o Professor Titular é o todo poderoso e no dia seguinte , o dia posterior à aposentadoria, ele é nada. A grande sala vira uma salinha em outro prédio. Ninguém mais lhe deve obediência. Como organização o InCor estava progressivamente ocupando seus leitos, chegando no platô de sua capacidade instalada. Na realidade, o que mudou foi só o esquema de poder".

5.8. A internação de Tancredo Neves

Em 15 de março de 1985 Tancredo Neves foi operado no Hospital de Base de Brasília. Não se tratava de moléstia cardíaca. Provavelmente, após um problema de origem gástrica, o presidente "eleito" tenha contraído infecção pós-operatória. O diagnóstico médico nunca foi suficientemente esclarecido. "A qualidade do tratamento médico de Tancredo tornou-se tópico de amargas controvérsias...Tal situação foi um dos

fatores que determinaram a transferência de Tancredo para o Instituto do Coração em São Paulo"⁹⁶.

O Instituto do Coração já era renomado no Brasil. Prova disto é que, em 3 de outubro do ano anterior, a Revista Isto É divulgou uma grande reportagem intitulada: "O reino do coração: O Instituto do Coração em São Paulo pesquisa, inova e se firma como um dos mais importantes do mundo", onde apresenta o histórico e uma grande sequência de dados sobre o hospital.

"A repercussão da internação de Tancredo Neves representou inicialmente uma valorização das pessoas que trabalhavam no InCor, porque reconhecidamente a gente sabia cuidar, o que significava que éramos capazes". "A internação do Tancredo trouxe a conscientização que nós tínhamos poder". "Há um único corte da história do InCor, ocasionado pela explosão da imagem na mídia, que gerou um excesso de demanda". De fato a presença do InCor na mídia em março e abril de 1985 é evidenciado. É considerado "o mais avançado centro de pesquisas e tratamento cardiológico do hemisfério sul" pela Folha de São Paulo de 27 de março e uma "exceção no sistema de saúde", pelo mesmo jornal, em reportagem de 24 abril.

Para grande parte dos funcionários do InCor, segundo uma entrevista: "A internação de Tancredo Neves inaugura uma nova fase, que possibilita o conhecimento de novas tecnologias, pois o presidente precisava de material mais moderno, daquilo que era melhor no mundo. Ocasinou também uma demanda de uma clientela mais diferenciada pela sua inserção social: são políticos, artistas que começam a ser internados ali". "A internação do Tancredo ocasionou doações e internações de outros pacientes que antes operariam no exterior".

"Assim, a partir de 1985, o InCor virou notoriedade, os mais famosos decidiram vir. É a época dos políticos. No InCor famoso, podia-se errar pouco, afinal somos os melhores". "É uma fase em que os profissionais aprendem a lidar com pessoas diferenciadas econômica e intelectualmente. Era necessário explicar mais, oferecer uma orientação mais científica, mais técnica, com um palavreado melhor". ""Depois que ele veio, a gente aprendeu a conviver com artista. Pra mim já virou rotina". "Em contrapartida, a gente começou a ficar mais exigente, a gente se sentiu mais importante".

Há também quem considere "estupidez" atribuir à internação de Tancredo Neves a importância de um marco da história da organização, sob o argumento de que a transferência do presidente eleito tenha sido resultado de "cessão de parte do prédio, para que a equipe do Professor Pinotti cuidasse deste paciente". Mas, na grande maioria das entrevistas, este tema apareceu naturalmente, como um grande divisor de águas.

⁹⁶ SKIDMORE, T. *Brasil: de Castelo a Tancredo, 1964-1985*. Trad. Mario Salviano Silva. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988. p.498.

"Depois houve a internação do ex-ministro de Planejamento João Sayad por meningite e as questões se agudizaram. Por quê o Tancredo esteve lá? Por quê agora o João Sayad? De um lado, estas internações eram boas para o InCor, pois demonstravam que o instituto transmitia confiabilidade, credibilidade. De outro lado foi muito ruim porque gerou uma demanda e uma pergunta: só os políticos podem ir para um lugar tão bom? " "Eu já tenho uma placa de patrimônio - o Instituto cresceu e espero que ele cresça cada vez mais, não só para receber artista/ator, mas o paciente, que é importante. No meu ponto de vista se deve dar mais cuidado para aquele que vem pelo INAMPS, porque ele não tem dinheiro para pagar. Eu dou mais valor ao que vem de baixo".

5.9. 1985 - 1989: Gerenciando a fama

"Depois de 1985, quando o InCor chegou em primeiro lugar, ele não soube se posicionar e nossa velocidade de progresso foi menor". " Apesar de ter se tornado a liderança de direito da Cardiologia da América Latina, ele não soube se tornar a liderança de fato. Porque criou uma imagem antipática, tanto no meio médico, como no meio cardiológico. Na medida em que ele foi crescendo e se desenvolvendo, o InCor foi contratando gente que desenvolvia seus trabalhos também fora do InCor, como por exemplo na biologia molecular e na imunologia. Ocorre que o InCor foi se alastrando e não soube obter um exercício de liderança participativa, impondo assim sua liderança. Passou a ser temido e não respeitado. Por quê isto? Pela acumulação do poder médico, com o poder na cardiologia e com o poder político". "Até 1991 o InCor ainda vivia dos frutos do Tancredo".

Pela "Folha de São Paulo" de 27 de junho de 1985 se pode verificar a reação dos demais funcionários do H.C. frente ao modelo assumido pelo InCor: "Grevistas do HC consideram o instituto corpo estranho ... acusam o InCor de controlar as atividades das Clínicas e de constituir ponta-de-lança de manobra estratégica elaborada para que se venha privatizar o hospital". Parte da revolta era devida à não integração dos funcionários do InCor ao movimento paredista. Em 5 de fevereiro de 1986 foi anunciada para o dia 19 a primeira greve no InCor, mas reportagem posterior revela que os servidores não pararam, uma vez que a Fundação Zerbini tenha decidido pela complementação salarial. Em junho desse ano a imprensa informa a ocorrência de uma greve no InCor.

Ainda em 86, é tomada uma iniciativa de caráter organizacional: a implementação de um novo modelo de administração, "a administração por programa". Descrito como

caso por Del Nero⁹⁷, o autor justifica o trabalho pelo fato que os manuais escritos pelo grupo de planejamento tenham se tornado obsoletos frente às pressões para se alcançar a plena operação do hospital. Também escreve que "rompendo com a tradição que os hospitais públicos atendem somente pacientes da Previdência Social e indigentes, o hospital universitário em estudo dedicou um andar completo à atenção de pacientes privados e se converteu em centro assistencial preferido pelas personalidades locais" e insere o seu projeto como uma alternativa de expansão adotada pelo Conselho de Administração. A idéia básica era o desenvolvimento de uma estrutura matricial, tendo por objetivos integrar a equipe multiprofissional, melhorar o controle (através da multiplicação das vias da informação) e agilizar a tomada de decisão.

Segundo a descrição, o programa desenvolveu-se inicialmente com grande apoio em todos os níveis da estrutura mas, com o passar do tempo, à medida em que ganhou força, deparou-se com a resistência do Conselho Diretor e dos supervisores de serviços, autoridades com maior poder na estrutura anterior. A alta cúpula considerou excessivo o número de reuniões que o programa exigia.

Alguns entrevistados deram bastante ênfase a esta iniciativa, caracterizando-a como uma etapa da vida organizacional. "Em 1986/1987 houve a implementação de uma estrutura matricial. Havia três diretores: Diretor de Recursos, Diretor de Programas e o Diretor Financeiro. Esta estrutura era a mais adequada, por ser mais evoluída e gerar uma informação gerencial mais apurada, que permitia avaliar a correlação entre recursos alocados, serviços prestados e faturamento. Houve conflito dentro do grupo que implodiu. Agora todos os serviços estão ligados ao Diretor Executivo".

Fato é que parte significativa dos profissionais envolvidos no programa desligou-se da organização após algum conflito mais intenso dentro do grupo ou com a cúpula da organização e a gestão voltou a ser centralizada no Diretor Executivo. Outros entrevistados, apesar de terem exercido funções importantes no período de desenvolvimento deste programa, dizem não saber ou não se recordar da sua existência. Algumas pessoas falaram que "durante todo este período foram feitas contratações de diretores que acabaram por absorver a cultura." "As pessoas chegam aqui e são engolidas pela estrutura".

A idéia de expansão e a preocupação com o excesso de demanda prosseguiram. A partir de fevereiro de 1987 começaram a ser evidenciados pela imprensa sinais de ter havido uma decisão de se fazer um novo prédio, com 150 leitos*. Em reportagem do

⁹⁷ DEL NERO, C.R. Cambio de organización en un hospital universitario. In: KINDIG, D.A.; RAMIREZ, B.; LASTIRI, S. *Casos en Administración de Servicios de Salud: un enfoque a la solución de problemas*. University of Wisconsin-Madison. Aupha, 1989.

*Folha de São Paulo de 12/02/1987

"Jornal do Brasil", de 5 de abril de 1987, intitulada: "O templo do coração", equiparou-se o InCor à Cleveland Clinic, porém se ressaltou que "o apego dos doentes e a crescente demanda é gratificante, mas começa a preocupar os médicos do Instituto". Parte da preocupação foi atribuída à procura por doentes que deveriam recorrer a instituições mais simples. Aspecto complementar é revelado pelo Professor Adib Jatene: "O hospital é um oásis terapêutico num deserto de saúde ... quando você é especial, está mal. Isso é um privilégio e privilégio não dura". Segundo este artigo, o excesso de demanda determinou a construção de um prédio anexo para aumentar o número de leitos de 252 para 420 e um trabalho com a Previdência para um projeto de sistema integrado de doenças cardiovasculares - racionalização que se iniciaria nos Postos de Saúde.

A outra face desta moeda foi destacada em uma entrevista: "Quando o InCor liderou o Serviço de Cardiologia do INAMPS, a classificação dos outros serviços de cardiologia passou a ser realizada aqui. O InCor conseguiu ódio de todos".

Em 1987 decidiu-se também pela realização de um trabalho sobre o clima institucional, com as seguintes finalidades⁹⁸:

- compreender como se estabelece a relação instituição-funcionário;
- identificar quais as necessidades prementes dos funcionários por grupo/cargo;
- conhecer a percepção que o funcionário tem da instituição em que trabalha;
- sugerir e propor alternativas de ação a partir dos dados coletados e analisados,

Após ter realizado levantamento junto a 280 funcionários, limitando-se ao diagnóstico e sem sugerir qualquer encaminhamento prático, o trabalho apresenta as suas conclusões:

- existência de uma "dinâmica de mitificação" no relacionamento entre funcionários de "outras categorias profissionais" com médicos;
- sobrecarga de trabalho na linha administrativa;
- necessidade de definição da política de recursos humanos, especificamente da política salarial;
- orgulho por trabalhar na instituição

Paralelamente às questões apontadas pelo diagnóstico, o atendimento de pacientes não cardiopatas levantava controvérsias na organização. "Com sua perda de especificidade, ele foi invadindo outras áreas. Este foi outro grande erro. Vou dar um exemplo: houve um sábado em que eu estava aqui e recebi um telefonema de um assessor do Quércia que buscava ser atendido em decorrência de um câncer de bexiga. Conversei com ele e depois com o próprio Quércia, explicando que o Hospital do Câncer

⁹⁸ INCOR - UAMFI - Área Psicologia *Clima Institucional: um estudo de avaliação da motivação dos funcionários InCor*. São Paulo, 1987.

era o local mais adequado para isso. Apesar de saber do conflito que eu gerei com isso, sei que este é o melhor atendimento para o doente. E também para mim: que eu vou saber fazer, além de acompanhar a visita de um especialista, em um caso de câncer de bexiga? Depois o próprio paciente me agradeceu".

"Em 1988, o Diretor Geral decidiu não internar mais ninguém que não seja por problema cardíaco". Esta informação é contestada: "Há muitas doenças em que a pessoa não morre pela doença e sim pelo impacto no coração ou pulmão. Esses casos são vistos aqui e são importantes".

Em 26 de maio deste ano reportagem da Folha de São Paulo revelou que o Governador Orestes Quécia lançara a "pedra fundamental do InCor 2", um edifício a ser entregue no prazo de dois anos, que permitiria a expansão de 260 para 420 leitos e uma UTI com 60 leitos.

"Em 1988, eu não sei o que houve, o Seigo saiu". "Em 1988 houve a centralização da frequência e a regularização da relação de trabalho, em decorrência de inúmeras ações trabalhistas, pela caracterização de vínculo empregatício não reconhecido pela Fundação". Resumindo, o ano de 1988 parecer ter sido significativo na história da organização. Traz a idéia de importantes alterações: início do novo prédio, mudança de gestão na Fundação, ocasionada aos olhos do observador externo pela ascensão do Professor Seigo Tsuzuki ao Ministério da Saúde, intensos conflitos na relação de trabalho com subsequente foco na reestruturação da área de Recursos Humanos. Também em 1988 o InCor foi assunto de artigo divulgado pela "Folha de São Paulo" e assinado por Julio Abramczyk, no dia 1º de dezembro. Afirmou-se que o InCor foi reconhecido como um dos melhores centros mundiais para o tratamento de doenças do coração. A fonte deste artigo era "The American Journal of Cardiology".

TABELA 4
PORCENTAGEM DE CRESCIMENTO ANUAL DAS ATIVIDADES
ASSISTENCIAIS DO InCor ENTRE 1979 E 1990.

ATIVIDADE	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
consultas	11%	42%	71%	-6%	20%	68%	15%	2%	17%	14%	9%	-3%
exames	57%	23%	63%	1%	5%	3%	4%	9%	14%	10%	3%	24%
internações	73%	3%	45%	59%	24%	-11%	3%	-4%	12%	16%	0%	0%
cirurgias	73%	466%	148%	10%	24%	9%	-4%	-3%	2%	5%	3%	-3%
leitos	59%	145%	22%	44%	21%	-9%	0%	3%	14%	17%	0%	5%

Fonte: Calculado a partir do Relatório da Fundação Zerbini, 1987 e do Relatório Geral de Atividades do Instituto do Coração da FMUSP, 1994.

TABELA 5
 ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS DESENVOLVIDOS DE 1985 A 1994.

ATIVIDADE	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
ambulatório	104453	107543	120911	135473	147506	146810	159630	173087	186879	190280
emergência	19735	23636	20207	25370	27081	22869	23648	25459	28300	24680
hemodinâm.	5724	7063	8152	9763	10069	10251	11086	11202	11071	9996
laboratório	494966	509857	544130	590359	610491	806464	922356	949582	1020767	1012844
mét.gráficos	63807	87184	98291	110409	114349	111290	126564	130164	104957	109450
radiologia	32334	31758	43985	53354	54553	50271	55357	50594	52086	53339
internações	5353	5672	6365	7359	7367	7368	8226	8942	9271	9273
cirurgias	2202	2044	2352	2472	2554	2484	2931	3243	3359	3451
leitos	236	250	300	352	352	370	407	408	406	436

Fonte: Relatório Geral de Atividades do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP, 1994.

Em termos de números relativos à produtividade, o que se pode verificar é que o crescimento do número de atividades em todas as áreas foi intenso no período de implementação das atividades, entre 1978 e 1982. O crescimento continuou, porém em parâmetros diferentes a partir de 1982. Entre 1981 e 1982 foi aumentado significativamente o número de leitos, o que ocasionou maior número de internações, com pequena queda na atividade ambulatorial e assim manutenção do número de exames. Em 1983 o crescimento se apresenta uniforme em todos os grupos de atividade. Em 1984 é o ambulatório que apresenta um incremento acentuado, enquanto a internação e o número de leitos se vêem reduzidos. Em 1985 o número de cirurgias é reduzido pela primeira vez, enquanto as demais atividades crescem entre 3 e 15%. Em 1986 verifica-se um discreto decréscimo do número de cirurgias e de internações, apesar do aumento do número médio de leitos em 3%. 1987 e 1988 apresentam um aumento médio de 11% em todas as linhas de atividades.

5.10. A partir de 89

O aumento numérico das atividades, que continuou até 1993, mudou nitidamente de padrão a partir de 1989, apresentando padrões mais discretos. Este fato parece resultar do alcance do limite máximo de produtividade dentro de um mesmo processo de trabalho. Uma reportagem da "Folha de São Paulo" de 4 de junho de 1989 afirmava: "Instituto do Coração opera no limite máximo". No texto menciona-se a ameaça de deterioração que atinge outras áreas da rede pública devido ao superatendimento.

TABELA 6
PORCENTAGEM DE CRESCIMENTO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DO InCor ENTRE 1989 E 1994.

ATIVIDADE	1989	1990	1991	1992	1993	1994
consultas	9%	-3%	8%	8%	8%	0%
exames	3%	24%	14%	2%	4%	0%
internações	0%	0%	12%	9%	4%	0%
cirurgias	3%	-3%	18%	11%	4%	3%
leitos	0%	5%	10%	0%	0%	7%

Fonte: Calculado a partir do Relatório Geral de Atividades do Instituto do Coração da FMUSP, 1994.

Assim, "de 90 em diante todo o complexo InCor funcionava plenamente", o que ratificava a necessidade de expansão, segundo os dirigentes, e daí a decisão do "novo prédio". Porém esta decisão é contestada em vários aspectos: "Não é para o paciente que se decidiu fazer o prédio novo nesta região. Se alguém tem uma emergência cardíaca vai acabar morrendo no trânsito. Estar perto do H.C. é fundamental para a imagem do médico". "Pois é, e o que eles estão fazendo? Construindo aquele prédio lá, onde não há mais possibilidade de acesso? Imagine uma emergência cardíaca tendo que atravessar a Avenida Paulista! Helicóptero não pode aterrizar onde a gente planejou. Tinha que construir o novo prédio numa marginal, com facilidade de acesso". "Este terreno daqui custa US\$ 12000/m²!". "Eu acho que o InCor tem que colocar um limite de crescimento. A decisão do novo edifício, de agigantar a instituição, é puro aumento físico para atendimento de maior número de casos. Não é investimento em tecnologia. É número de casos. Esta decisão não foi debatida".

"No meu entender o grande corte foi o fim da ditadura militar. Até o término do governo Sarney, que ainda representa um pouco do regime militar, o InCor ia bem, a Fundação era prioridade de investimento pelos órgãos de pesquisa, não se tinha qualquer dificuldade porque éramos vistos como prioritários. Por quê isto? Porque havia forte relacionamento entre a liderança do InCor e os governantes da época".

Um entrevistado caracteriza 1990 como "um ano de crise no ambulatório. Havia filas monstruosas, surgindo a necessidade de fixação de parâmetros para acompanhamento e articulação com hospitais de referência". Ao invés de uma atuação no sentido de integração ao sistema público de saúde, o que se verificou concretamente foi a instalação de um novo ambulatório para pacientes particulares, conveniados e previdenciários na Av. Divino Salvador, em Moema, divulgada em 27/12/90 pela "Folha de São Paulo", onde se previa a realização de 100 consultas/dia em 5 consultórios.

"Em 1990 houve a descentralização orçamentária. As áreas começaram a executar o orçamento e o Diretor Executivo liberava progressivamente as verbas, fazendo um controle paralelo ao da Fundação". Provavelmente este processo de orçamentação aliado ao novo ambulatório, contribuiu para que este período a partir de 1990 recebesse, de uma pessoa entrevistada, o nome de "InCor- Empresa", que é quando "a gente começa a se acostumar com o paciente VIP, começa a achar que todos são iguais. Enquanto isso o pobre sempre continuou existindo, e essa é uma realidade sempre conhecida. A pediatria, por exemplo, é toda de pobres. Na UTI o paciente é sempre igual. Entram os convênios. É a fase do InCor-Empresa. Não foi uma transição sofrida, não sei se é porque a gente ficou mais velha, a gente cresceu junto com o InCor. O InCor- Empresa vem cada vez mais, coloca tudo na balança, abre para convênios e também para particulares. O sistema de saúde se deteriora ainda mais. A preocupação com o desperdício aparece junto com uma economia excessiva. Inaugura-se a fase do descontentamento. Descontentamento porque a economia limita, e hoje o hospital tem com quem se comparar. Os outros melhoraram a assistência e, se antes o InCor diferenciava-se, hoje ele caiu na realidade, pois os outros melhoraram e alcançaram os padrões do InCor. Este é o conteúdo de uma queixa generalizada que percebo".

Só que, em 1994 e em 1995 o "Diretor Executivo, devido ao corte do orçamento do Estado, não fez a discussão do orçamento". A decisão organizacional foi de implementar um processo de planejamento estratégico, seguido do PIQ, o " Programa InCor de Qualidade". Apesar de ser caracterizado em uma entrevista como "um processo democrático, feito por oitenta mãos", o planejamento estratégico foi citado em apenas outras duas circunstâncias, trazendo a idéia de orientar os esforços da organização para a venda de serviços de consultoria através dos diversos serviços não médicos.

O PIQ é constantemente citado e objeto de importante polêmica. "Constituiu-se de visitas e apresentações de outras organizações, treinamentos e apresentação da

caracterização dos funcionários do InCor". "A sistemática do PIQ era integrar inicialmente os diretores e formar, numa segunda etapa, os núcleos de qualidade como facilitadores, abaixo de que estará o comitê de qualidade composto pelos consultores internos de qualidade. Houve uma sequência de reuniões realizadas para a escuta das pessoas, sendo que as etapas seguiam a escala hierárquica, de cima para baixo. O PIQ fornecerá o caminho da organização. Os grupos são formados por profissionais das diversas categorias, predominantemente não médicos, porque apenas dois médicos participam. Os problemas mais evidenciados são: salário, crescimento e desenvolvimento profissional. Utilizamos também os aspectos pessoais para o estabelecimento do relacionamento dos grupos de trabalho e de uma proposta de resgatar o trabalho como fonte de prazer... Mas eu estou pedindo para fazer mais e a nova mudança da economia não contempla o servidor público. Eu peço mais e pago igual".

"Ele é um instrumento de mobilização. Ele traz as pessoas das diferentes correntes, tem o mérito de congregar. Todas as correntes estão discutindo os mesmos problemas. É uma bandeira, um campo neutro. Vai ser bom quando for de todos. Leva para o campo neutro problemas operacionais pesados que todos têm interesse em resolver. O PIQ faz com que a estratégia vire operacional, o que eu considero que seja o interesse de todos, pois se aprende um modo novo de trabalhar, e isso não volta atrás. É um caminho mais lento e democrático. Acho que as alterações que o PIQ criar permanecerão na organização, mesmo com a mudança de liderança. A estrutura do PIQ preserva o trabalho da hierarquia. Em cada grupo de trabalho há pessoas da hierarquia relativa ao tema em questão. E os demais representantes são orientados a consultar a sua hierarquia".

Em uma entrevista, como todas, ao ser solicitada uma divisão da história da organização em fases, a pessoa responde: "São duas etapas de um longo caminho, em que o Instituto vai melhorando gradativamente, aprendendo cada vez mais, ensinando. A primeira etapa é o período quando entrei, como se fosse uma criança começando, aprendendo e ensinando no seus primeiros passos; a segunda etapa começa com o PIQ, quando a criança sai correndo. Com o PIQ o InCor mudou, as pessoas mudaram para melhor. A gente teve aulas explicando como atender quem vai te procurar".

Muitas pessoas ressaltam: "Os médicos não participaram do PIQ". "Em nenhum dos times do PIQ há médicos". Dizendo que vê no Programa de Qualidade a importância de "integrar pessoas das diversas áreas em torno de objetivos comuns", um médico deu a sua explicação acerca da não participação dos seus colegas nesta iniciativa: "Porque o médico tem motivação própria, porque o hospital é a vida dele. São três coisas que determinam sua motivação: o ensino, a pesquisa e assistência". Outro médico respondeu: "O Programa de Qualidade é um primeiro passo. Mas o médico não entra. O descrédito impede sua participação, porque ele já tentou muitas coisas em que não

obteve sucesso. Se não se trabalha com metas definidas e bem delegadas, o processo pode se esvaziar. A abordagem multiprofissional é muitas vezes idealizada de forma errada. Na comissão que eu integro, quem coordena não é médico e há quatro médicos. Isto o médico deve entender, que ele pode não coordenar o grupo. Mas o baixo envolvimento da liderança no projeto pode resultar que a discussão conduza a um vazio. Por isso eu ainda não acredito no projeto".

Interessante o nível de polêmica que o programa propicia. De um lado dizem da não participação do médico pelos mais variados motivos, por outro, médicos informam sua participação, com restrições ao projeto. Os relatos de fatos objetivos são controversos: "Na semana passada houve o primeiro comitê com todos os doutores. Eles aprovaram a existência do comitê e já marcaram a próxima reunião. Na próxima reunião os coordenadores dos grupos de trabalho deverão apresentar a justificativa da existência desse grupo de trabalho. Sua missão é demonstrar porque aquele tema foi escolhido como prioridade. Cada grupo será responsável por colocar a dimensão do problema. Será a primeira oportunidade de o grupo dirigente ter acesso aos problemas operacionais". Outro participante da mesma reunião afirmou: "Eu estava lá e não creio que seja este programa que vá determinar a mudança substancial que é necessária".

Assim, enquanto alguns vêem "o funcionário mobilizado pelo PIQ, pelo discurso de qualidade: qualidade da formação profissional, qualidade das condições de trabalho", outros avaliam que "o PIQ poderia ser um marco na história do InCor, mas não ganhou a confiança das pessoas, não pegou, é mais trabalho" e muitos ressaltam a não integração dos médicos. Uma pessoa sentencia: "É um desastre, não funciona. Quem tem o programa não tem condições de levá-lo à frente". Informa-se porém que esta mesma pessoa disse não ter participado de nenhuma atividade do programa.

5.11. Relação com a Fundação

"Tratam-se de duas entidades paralelas que se complementam e funcionam como um todo. Todos os recursos entram pela Fundação que funciona como um órgão de apoio financeiro, participa da elaboração da estratégia, mas se caracteriza como um órgão de apoio. Sua missão foi se constituindo ao longo do tempo. Demonstra ser um modelo possível, mas não ideal, pois prevê o gerenciamento de duas instituições, o que às vezes traz dificuldades operacionais. Traz algumas vantagens, como por exemplo, na compra de equipamentos, pois permite renovação periódica, ao lado de algumas complicações, como o fato que o funcionário receba dois contracheques".

"Considerando o esquema atual, só vejo vantagens. Primeiro porque o InCor mantém um índice de produtividade muito superior ao que manteria não fosse o modelo atual de gestão. Como 80 % do atendimento é SUS, o atendimento da paciente SUS em nível absoluto, é mantido em padrões muito superiores ao que aconteceriam se o InCor fosse gerenciado no modelo tradicional".

Para a grande parte dos entrevistados a relação InCor-Fundação E.J. Zerbini é personificada na figura do Diretor Executivo. "A relação se dá basicamente através do Diretor Executivo, que faz com que a Fundação canalize os recursos para o InCor, dentro de sua política. Houve uma época em que se viu maior ingerência". "Para mim esta relação era representada pelo Dr. Seigo conversando com o Dr. José Manoel e eu não entendia, nem me preocupava com ela. Eu era técnico". A percepção generalizada é de um vínculo exclusivamente financeiro, efetivado através da Diretoria Executiva, que permite "o diferencial de qualidade do Instituto", por "auxiliar na remuneração e viabilizar recursos para projetos de pesquisa". É generalizada a percepção de que seja a Fundação a instituição viabilizadora da compra de material necessário ao paciente, quando este é excepcional. É assim vista como "uma entidade que ajuda muito, tanto ao Estado para a melhoria da instituição, como à instituição, porque investe no maquinário e nas pessoas".

"Você percebe a Fundação diariamente, é o invisível presente". "A Fundação também é alvo de muitas críticas. E por quê? Porque não é transparente. Vive como se fosse uma Sociedade Anônima e por isso todos desconfiam. Por quê não há representação médica e dos outros profissionais no Conselho da Fundação?"

Há depoimentos em que surge outro tipo de crítica, devido à percepção da baixa prioridade à condição de trabalho. "O InCor pensa alto, pensa no funcionário. Através da Fundação Zerbini ele consegue prover benefícios, apesar de não dar recursos para ninguém trabalhar". "A Fundação banca boa parte disso tudo. É dinheiro. Se você quer conseguir as coisas, você consegue se tiver cartaz na Fundação. Há pessoas que conseguem as coisas por relacionamento". "Na realidade, distribuindo as verbas, a Fundação dirige os caminhos do InCor"; "o pessoal do InCor acha que o pessoal da Fundação não trabalha, principalmente porque a Fundação era mais clientelista: só os amigos conseguiam viajar".

"Hoje eu fico em cima do muro pra avaliar a Fundação. Tem um lado positivo: se não houvesse Fundação o InCor não estaria hoje como está. De outro lado, a Fundação fez com que o governo se acomodasse e o povão continuasse a sofrer. Também olho o povão e penso em coisas diferentes: acho às vezes que não dá para esperar outra coisa, e, às vezes, penso que merece o que está recebendo. Vendo a minha área de trabalho, eu analiso que, se dependesse só do dinheiro do SUS, não atenderia tanta gente. De outro lado, percebo que o paciente que não paga é cada dia mais discriminado. O critério de

escolha não é a urgência ou a gravidade, mas sim a forma de pagamento. A prioridade é sempre quem paga".

É dentro deste contexto que se diz que: "A Fundação é hoje um órgão de apoio e não diretora", "que a Fundação evoluiu para uma função de apoio e assumiu novas funções, diversificou"; "que os funcionários não percebem a Fundação, a não ser pela questão salarial" e que "comprar material pela Fundação já faz parte da cultura do H.C.". Numa entrevista ocorreu o seguinte diálogo: - *Como o Sr. vê a Fundação?* - Como um órgão que dá dinheiro, mas que não tem nada a ver com a administração do InCor. - *Quer dizer que a Fundação só dá dinheiro e não interfere em nada?* É lógico que quem dá dinheiro interfere!"

5.12. A Fundação E.J. Zerbini como organização

"É uma entidade privada, sem fins lucrativos, reconhecida como órgão de utilidade pública, gozando assim de várias vantagens fiscais. Por este motivo não pode vender materiais e equipamentos, já que compra com isenção de impostos. Seu faturamento foi de US\$ 60 mm/ano em 1994, sendo: 6% particulares, 41% convênios, 13% ambulatorio (SUS) e 40% internação (SUS). Manteve um quadro de 55 a 60 funcionários entre 1989 e 1994. Número relativamente fixo, com aumento de atribuições".

Bastante caracterizada pelo conflito interno, a Fundação apresenta-se como uma entidade de apoio, detentora de muitas informações privilegiadas, na medida que sua atribuição específica é a gestão orçamentária numa complexa rede de fluxo de recursos entre os setores público e privado.

A finalidade, a composição da diretoria e vários outros itens de sua dinâmica interna e externa são contemplados em três estatutos, datados de 1978, 1982 e 1992. Há referências a uma nova mudança estatutária em andamento. O assunto mais polêmico, que integra o discurso dos entrevistados que participam deste nível de discussão, é o impedimento estatutário de se remunerar as pessoas responsáveis pela diretoria da Fundação. Isto determinou a mudança de alguns nomes de função para "superintendentes".

"Aí tem outra falsidade. Você administraria uma instituição que fatura de US\$ 7 a 8 milhões por mês, sem ganhar nada? É muita responsabilidade, é muito trabalho. Só no Brasil que diretor de Fundação não pode ser remunerado pelo seu trabalho. No início era mesmo filantrópica, mas na medida que ela foi crescendo, isso não faz mais sentido. Uma organização que faz US\$ 70 a 80 milhões por ano tem que ser administrada por

profissionais pagos". "Você gostaria de ser presidente da Fundação? Mas ninguém gostaria. Sabe porquê? Porque não pode receber remuneração e qualquer problema que ocorrer, qualquer funcionário que roubar, o presidente tem que responder como pessoa física. Quem são os diretores? Todos nós sabemos que os diretores são os superintendentes. A quem estamos enganando? A nós mesmos?"

Indagado sobre os motivos que levaram às alterações dos estatutos, um dirigente respondeu: "Eu posso lhe dar uma resposta oficial ou uma real. A resposta oficial é que sempre se busca o aperfeiçoamento. A realidade é que as pressões políticas levantam necessidades de acomodação".

O primeiro estatuto data de 1978 e cria a Fundação para o Desenvolvimento da Bioengenharia, cujo patrimônio é constituído de I- dotação inicial; II - doações, legados ... e outras aquisições proporcionadas por quaisquer pessoas e III - resultados líquidos provenientes das suas atividades. Garante que a FUNDEBE aplicará seu patrimônio no país. Especifica que parte dos rendimentos venha de títulos, ações, papéis e também da receita de vendas de produtos de sua manufatura e de "royalties" e/ou assistência técnica decorrente de negociação com terceiros de direitos relativos à propriedade industrial. Prevê um Conselho de Curadores com sete membros a saber: I - três membros indicados pelo Conselho Diretor do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas; II - dois membros do Conselho Consultivo da FUNDEBE, eleitos pelos seus pares, podendo ser reeleitos por uma vez; III- um membro indicado pela Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP; IV - um membro indicado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. O presidente do Conselho de Curadores é eleito, com mandato de dois anos, havendo reeleição. O Conselho de Curadores deve se reunir em intervalos regulares de três meses. A Diretoria da FUNDEBE tem mandato de três anos, podendo ser reeleita uma vez. Especifica ponto a ponto as atribuições dos Conselhos (de Curadores e Consultivo) e da Diretoria. Os objetivos já foram mencionados anteriormente, no item **Fundação como Saída Alternativa**.

A "Escritura de Retificação e Ratificação da Escritura de Instituição e Constituição da FUNDEBE", registrada no livro nº. 3372 do 9º. Tabelionato de Notas em São Paulo em 3 de setembro de 1982, altera o nome da Fundação, passando a designá-la Fundação E.J. Zerbini. Agrega alguns objetivos, a saber, o desenvolvimento tecnológico da área de Engenharia Hospitalar, Técnicas Administrativas e Operacionais e explicita uma forma de estímulo aos trabalhos de pesquisa através de apoio material e de remuneração condigna ao pesquisador. Em ata de reunião do Conselho de Curadores da Fundação realizada em janeiro de 1984 é decidida a inclusão de alguns tópicos neste estatuto. Escreve-se o objetivo de administrar, promover e coordenar, por conta própria e/ou de terceiros, eventos culturais e artísticos de qualquer modalidade, atividades institucionais.

científicas, comerciais e diplomáticas, seminários, eventos sociais, para empresas públicas e/ou privadas, nos locais por ela administrados e/ou de terceiros. Acrescenta-se ainda o seguinte texto: "É terminantemente vedada a distribuição de lucros, bonificações ou quaisquer vantagens a dirigentes, conselheiros, curadores, sob nenhuma forma ou pretexto".

No 14º Tabelião da cidade de São Paulo, livro 1299, página 213, foi registrada em abril de 1992 uma nova ratificação e alteração estatutária, com a inclusão das decisões da assembléia de 1984 e mais algumas modificações. O Conselho Curador passa a ser constituído por nove membros (dois membros indicados pelo Conselho Diretor do InCor, dois membros do Conselho Consultivo da Fundação, o Presidente do INAMPS, o Superintendente do Hospital das Clínicas, um membro indicado pelo Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas, o Ministro da Saúde e o Professor Zerbini como membro vitalício). Verifica-se uma distinção entre membros "natos" e membros "não natos" do Conselho Curador, tendo os últimos o mandato de quatro anos. Introduce e explicita a dinâmica do Conselho de Administração, como órgão deliberativo da Fundação, composto de três a seis membros, eleitos pelo prazo de três anos pelo Conselho Curador. Aumenta a Diretoria da Fundação para até cinco membros, eleitos pelo prazo de três anos, com possibilidade de reeleição. As atribuições específicas dos diversos órgãos são detalhadas de modo diverso aos estatutos anteriores.

O convênio celebrado entre o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Fundação Euríclides de Jesus Zerbini foi divulgado no Diário Oficial do Estado de São Paulo no dia 26/05/94, folha 4.

A receita, segundo relatórios anuais da Fundação E.J. Zerbini, é proveniente da assistência médico-hospitalar, da administração do Centro de Convenções Rebouças da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de operações financeiras, de subvenções e doações e de "serviços prestados e outras". A Fundação E.J. Zerbini também apresenta em seus relatórios anuais o desempenho financeiro da Fisics - Biofísica Aplicada S/A da qual detém 99,99% do capital social. A alteração da razão social de E.B.M. Equipamentos Biomédicos S.A. para Fisics Biofísica Aplicada S.A. foi deliberada em Assembléia Geral Extraordinária realizada em 28 de agosto de 1991.

O dinheiro serve para pagar salários, comprar materiais e equipamentos, e financiar pesquisas. "A complementação salarial era a idéia original, que não se manteve, por não ter sustentação legal. Uma vez que a pessoa passa a ganhar um determinado complemento, ele passa a ser direito e torna-se salário. Assim não foi possível manter um ganho variável. Hoje não é complementação, as pessoas recebem dois salários. A Fundação também compra materiais especiais, de consumo, além de equipamentos, que são entendidos como materiais fixos. Pesquisas, viagens, tudo fica sob critério da

Comissão Científica do Instituto. Tudo é feito através do orçamento, que é a expressão numérica do plano de trabalho".

Em algumas entrevistas, questionou-se a existência de prioridade entre os objetivos de captação e de gestão financeira. As respostas obtidas foram: "Os dois são importantes, tanto faz da onde o dinheiro vem". "Ao meu ver, o foco da Fundação tem que ser a captação de recursos. O Diretor Executivo tem que acompanhar o fluxo inteiro do dinheiro. O InCor tem dinheiro próprio, que não seja do Estado? A Fundação veio para cobrar em nome do InCor o dinheiro que a Casa Civil poderia estar recebendo? A idéia de gerenciar o dinheiro não é suficiente. É necessário buscar novos recursos e hoje só se gerencia e ainda todas as interfaces estão mal gerenciadas. Eu acho que isso pode ser desenvolvido de modo profissional, num jeito legítimo de angariar recursos. Na minha proposta, o Diretor Executivo tem assento na diretoria da Fundação e se inverte a relação de poder".

Para o exercício desta gestão financeira, a Fundação E.J. Zerbini conta com estrutura organizacional dotada de uma presidência e três superintendências. O presidente acumula função de superintendência e um dos superintendentes acumula função de gerência. Estas funções e outras são distribuídas num organograma em que as pessoas se reportam simultaneamente a diferentes superintendentes, segundo a atividade desempenhada.

Os poucos depoimentos sobre as características do modelo de gestão da Fundação E.J. Zerbini reproduzem o mesmo conjunto de percepções, através de palavras semelhantes àsquelas proferidas quando se indagou sobre a gestão interna do Instituto do Coração.

5.13. InCor hoje

O discurso utilizado pela liderança formal para caracterizar a organização é relativamente uniforme e complementar. "Hoje o Instituto recebe a procura de figuras exponenciais da política e suas atividades são altamente representativas nos três setores que se requer: assistência, ciência e docência. Seus objetivos permanecem inalterados e um não existe sem o outro". "Os objetivos do InCor são assistência, ensino e pesquisa. Não há prioridade entre eles". "As três coisas são e sempre foram igualmente importantes. Antes de tudo o Instituto é um hospital-escola. O perigo é deixar-se sufocar pela assistência, como o H.C. O doente do INAMPS vem aqui porque o médico lá cobra por fora. Isso aumenta a demanda". "Sua missão é ser um centro de referência, um

centro de excelência, um centro nacional, um hospital nacional, um centro formador para todo o país. Um centro de pesquisa e desenvolvimento de ponta". "Seus objetivos não mudaram ao longo do tempo, somente as linhas de pesquisa podem variar segundo evolução, mas há alguns problemas constantes, como Chagas e Febre Reumática. No presente, o InCor integra um sistema referenciado com leitos distribuídos assim: no Cotoxó, 80 leitos; em Suzano, 32 leitos; no Cepaco, 20 leitos; no Darcy Vargas, 40 leitos e no prédio do InCor, 328 leitos".

"A gente está caminhando num bom caminho. Mantém a função acadêmica, não caiu na desgraça de se perceber como funcionário público, ou ser do H.C. Não sei bem o que nos mantém. Parece ser o estrelato. A hotelaria é ruim. O que sei é que o InCor se mantém".

A continuidade tem sido um traço marcante. Na percepção da maioria das pessoas entrevistadas, o Instituto tem sido o mesmo durante todos estes anos, porque as pessoas são as mesmas. "Do ponto de vista organizacional, o InCor foi sempre igual". "Eu não acompanho mais o InCor, mas vejo uma continuidade administrativa. Acredito que uma organização depende das pessoas e, se elas não mudaram, a organização não pode ter mudado". "Acredito que a filosofia é a mesma desde a inauguração das atividades. A mudança se deteve no modelo de gestão, na passagem do Dr. Humberto para o Dr. José Manoel (*diretores executivos*). Esta mudança caracteriza três eras da organização: a do planejamento(até 1977), a do Dr. Seigo (até 1984) e a do Dr. José Manoel. A organização é a mesma também porque as pessoas são as mesmas". "Pelo que entendi, dentro da área médica, está igual ao que sempre foi: equipes médicas por especialidades".

Há o reconhecimento de que se pratica um padrão de qualidade dos serviços superior àquele verificado em outras instituições públicas. Porém, grande parte dos entrevistados lamenta que a distância entre o InCor e outros serviços privados de cardiologia tenha se reduzido ou extinto: "E o segundo lugar se aproxima, como por exemplo o Hospital São Paulo". "É bom, mas não é o melhor, há melhores. Os outros ainda não enxergam dessa forma. Hoje você se compara com uma equipe do Einstein que é muito boa".

Em algumas entrevistas, identificaram-se os motivos desta situação. O que mais se menciona é a correlação entre qualidade e quantidade da oferta de serviços. "Baixou a qualidade por excesso de demanda e por atraso tecnológico". "Agora, que o InCor está melhorando, está. Está comprando novos equipamentos. Mas o paciente está pior, porque não se vê mais do jeito que se via antes. Atender mais é atender pior". "O PIQ é uma possibilidade de mudança no longo prazo, mas acho que o aumento da demanda gerou baixa de qualidade de serviços".

As características do modelo de gestão são determinantes da situação atual na percepção de alguns entrevistados. "Como saúde é das melhores do Brasil. Comparando com instituições privadas, está aquém, porque a centralização é excessiva, não há autonomia, não há delegação, há valores, mas estes são ultrapassados. Um exemplo disto é o fato de os médicos serem considerados como semi-deuses. A administração é feita por médicos e eles não são bons administradores". "Acho que o InCor precisa mudar, que há setores que acompanharam a evolução e outros que estão atrasados". "Vejo no InCor um alto índice de insatisfação, baixa integração entre áreas, baixa integração com a direção, uma busca de qualidade com falta de recursos, baixa autonomia com centralização excessiva". "Hoje é uma empresa verticalizada, com estrutura de chefia rígida que possibilita acesso pequeno, tanto no sentido de ascender à posição, como naquele de chegar às pessoas que ocupam algumas posições".

Quando se fez a solicitação para que as pessoas não componentes do primeiro nível corpo diretivo caracterizassem a organização no momento atual, a reação, quase sempre, trazia um tom de lamento, de perda. "Sinto a instituição perdida e as pessoas pisoteadas pela instituição. A qualidade é ponto central da estratégia, mas os médicos não participam. Há problemas sérios, não há vestiário, capela, lanchonete, ou mesmo papel higiênico nos banheiros". "A qualidade é altíssima, mas o custo para o funcionário é alto demais". "Por outro lado, o funcionário ficou mudo, não tem liberdade. Vê o tratamento diferenciado e não diz nada. Eu também não estou nem aí com o prédio novo. Não dá tempo de nada. Não dá tempo de ver, de discutir. Antes, quando eu entrava em uma conversa em que alguém me dizia para ver de um outro "ângulo", eu corria atrás, até achar o "outro ângulo". Hoje não dá tempo. E os funcionários novos são completamente alienados". "As grandes reações neutralizam as ações. Tanto no sentido ascendente como descendente. Derivou-se disso um equilíbrio, que é o equilíbrio da mediocridade, da situação do *status quo*. Desde 90 ou 91 estamos esperando o próximo".

A referência geral é de um planejamento centralizado na figura do Diretor Executivo, que utiliza o processo de orçamentação como alternativa de sistematizar este planejamento. Todos dizem inexistir o debate entre as áreas para a consecução deste orçamento. "O orçamento é realizado isoladamente por cada área, que apresenta suas metas, mas não consegue viabilizar. Todos os instrumentos são utilizados, mas tudo está na mão de uma única pessoa". "Não se planeja, ou melhor, cada um planeja sua terra. A gente não conversa mais". "A orçamentação é feita para inglês ver. Todos preenchem os requisitos solicitados e não há articulação entre os vários orçamentos das divisões. É mera formalística. Este documento é entregue a área de planejamento/orçamento. A gente é desanimado porque trabalha no escuro e se volta para a solução dos problemas do dia-a-dia. Tudo funciona com gasto de energia maior do que o necessário. Há

'envolvimento' das pessoas no seu trabalho, mas esta falta de visão de futuro não gera 'comprometimento' ".

Os números referentes à produtividade e à orçamentação de 1995 podem ser verificados nas tabelas a seguir.

TABELA 7
COMPARATIVO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS REALIZADAS PELO
INSTITUTO DO CORAÇÃO NOS ANOS DE 1994 E 1995.

ATIVIDADE	1994	1995	Variação
Consultas	190280	197389	3,70%
Ambulatório Especializado	79353	81021	2,10%
Pronto-Socorro	24680	22999	-6,80%
Serviço de Pronto Atendimento	40666	41497	1,30%
Divino Salvador	7215	8431	16,90%
Consultório Particular	38366	43741	14,00%
Cirurgias	3451	3468	0,50%
Estudos Hemodinâmicos	9992	9926	-0,70%
Internações	9273	9799	5,70%
InCor	8065	8340	3,40%
Sepaco	425	414	-2,60%
Cotoxó	715	866	21,10%
Suzano	68	179	163,20%
Exames	1279267	1408136	10,10%
Laboratório	1038284	1152264	11%
Métodos Gráficos	109477	115742	5,70%
Diagnóstico por Imagem	128385	137519	7,10%
Função Pulmonar	3121	2611	-16,30%

Fonte: InCor News, ano 10 (70). 22/05/96.

TABELA 8
RESUMO DA REVISÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1995 DO INSTITUTO DO
CORAÇÃO DA FMUSP.

CONTAS ORÇAMENTÁRIAS	TOTAL/ANO (valor realizado)	PORCENTAGEM DO TOTAL
1. RECEITA	93.695.090	
Hospital das Clínicas (HC)	33.694.759	36% (Receita)
Fundação E.J. Zerbiní (FZ)	60.000.331	64% (Receita)
1.1. INAMPS	28.726.101	47% (F.E.J.Z.)
Ambul. (SPA)	4.895.893	17% (INAMPS)
Emerg. (BAU)	280.047	1% (INAMPS)
Hemod. (CAT)	1.277.464	4% (INAMPS)
Intern. (AIH)	18.119.419	63% (INAMPS)
Materiais especiais	4.153.278	14% (INAMPS)
1.2. CONVÊNIO	26.447.967	44% (F.E.J.Z.)
1.3. PAGANTES	4.056.408	7% (F.E.J.Z.)
1.4. ISENTOS	459.059	1% (F.E.J.Z.)
1.5. OUTRAS RECEITAS	310.797	-
2. CUSTEIO	84.554.217	
H.C.	33.694.759	40% (Custeio)
F.Z.	50.859.458	60% (Custeio)
2.1. Recursos Humanos	49.617.434	59% (Custeio)
H.C.	13.632.103	27% (R. Hum.)
F.Z.	35.985.331	73% (R. Hum.)
2.2. Material de Consumo	22.139.349	26% (Custeio)
H.C.	11.632.537	53% (Material)
F.Z.	10.506.812	47% (Material)
2.3. Serv.Terc./Contrat./Divers.	12.797.434	15% (Custeio)
H.C.	8.430.119	66% (Serv.Terc)
F.Z.	4.367.315	34% (Serv.Terc)
RESULTADO (1-2)	9.140.873	10% (RECEITA)

Fonte: Serviço de Planejamento e Controle do InCor, 1996.

A percepção da clientela sobre a qualidade dos serviços geralmente é positiva, conforme verificação através de roteiros de avaliação distribuídos pelo Serviço de Relações Públicas através de um sistema realizado há dez anos. "Existem algumas queixas, que são homogêneas nas diversas unidades de atendimento:

- 8º andar (internação de pacientes particulares e conveniados) - as reclamações referem-se prioritariamente ao serviço de hotelaria. Pequenas queixas.
- 7º e 5º andar - também são áreas de internação, onde a queixa frequente era a extensão do tempo de visitas. Por isso o tempo foi abreviado. No 7º há S.U.S. e conveniados, enquanto o 5º é destinado ao S.U.S.

- 5º andar (neonatologia e pediatria até 2 anos) - As queixas mais frequentes dizem respeito ao conforto das mães, devido ao programa mãe acompanhante, que hoje é exigência legal.
- 4º andar (repouso hemodinâmico) - a queixa mais frequente é o tempo de espera para exames.
- Emergência - queixa mais frequente é relativa à informação do familiar
- Ambulatório - queixa mais frequente é o tempo de espera, apesar de haver agendamento de horário de consulta".

5.14. A visão de futuro

Ao perguntar sobre a estratégia da organização, sobre o seu futuro, surgiram vários tipos de respostas, no que diz respeito ao planejamento formal da organização. Alguns dizem ter uma percepção clara: " O Instituto tem como estratégia um serviço de altíssima qualidade em cardiopatia, comparado às grandes instituições, fazendo um trabalho global junto ao doente". "Um centro de excelência, especializado, sofisticado em termos de tecnologia, voltado para o desenvolvimento da ciência médica". Outros mencionam a relação entre futuro e prédio novo. "Aqui neste negócio já foram gastos cerca de US\$ 50 milhões. A idéia é que ele seja um prédio administrativo e para pesquisas, com os laboratórios. A saída das áreas administrativas de lá permite o aumento do número de leitos no outro prédio. Também estão previstos aqui 32 leitos particulares. Só que eles não percebem que não existem mais pacientes particulares. Todos têm algum tipo de seguro saúde. As providências que as pessoas agora tomam só servem para agravar a situação de diferença entre os que têm e os que não têm. Agora querem separar a sala de espera".

Em dois depoimentos verifica-se a aceitação do desconhecimento deste tema a partir das seguintes falas: " A estratégia está na cabeça do Diretor Executivo". "O Diretor Geral andou falando de independentizar do H.C".

Nas demais entrevistas as pessoas falaram sobre suas suposições. "Estratégia não há. O objetivo é promover o caos. Acho que a organização tem uma prioridade assistencial, mas a minha preferência pessoal é o ensino e a pesquisa". "Não existe planejamento estratégico na organização, não se tem a percepção nem do que ela é, nem daquilo que ela quer. Cada área trabalha com sua visão, de forma isolada. Não se sabe em que grau está o ensino, a pesquisa e a assistência, em termos de prioridades. Falta visão de futuro". "Hoje é uma loucura. É o imediatismo, sinto que as pessoas não estão preparadas".

A tônica é o desconhecimento. "Não se sabe a diretriz". "Nunca presenciei alguma discussão sobre a missão. O prédio anexo até estimulou este debate, mas todos estão absolutamente desinformados. A previsão de inauguração é para abril de 1995. Parece que poucos sabem ao certo quais os serviços/setores que se deslocarão para o anexo". "Em nenhum momento foram debatidas as propostas sobre os objetivos da organização, ou o que ela quer nos próximos dez anos. Aqui, em especial, se queremos ser novos, temos que buscar gente nova".

Neste contexto surgem cenários esboçados individualmente ou em grupos específicos. "A medicina está em crise no mundo inteiro. Os hospitais são caros. Sobre isso há discussão. Mas ninguém está discutindo os impactos do aumento da expectativa de vida. Em 2020, a expectativa de vida é de mais de 100 anos. Que Previdência vai poder pagar uma aposentadoria que começa aos 50/55 anos e vai até mais de 100 anos? Ela vai quebrar. Além disso tem o problema do aumento do custo da saúde decorrente do aumento da vida média: é problema degenerativo, é calcificação de válvula. As pessoas vão se matar pelas ruas. Não vai ter emprego, a minha previsão é catastrófica. A única saída que eu vejo é a limitação da natalidade".

Surgiram outros depoimentos inserindo o futuro do InCor em um cenário mais geral "O futuro do InCor depende de três fatores básicos. Primeiro depende das políticas do Estado que se refletem no volume de verbas alocado à saúde. Em segundo lugar depende de sua própria atuação, da qualidade da assistência que presta e em terceiro lugar, depende da renovação de pessoal, que ocorre a partir da formação de estudantes. Acaba de ser criada, por exemplo, a carreira de pesquisador, que permite, a qualquer universitário, dedicação exclusiva para a pesquisa". "Em nível estratégico, para o InCor atender de forma adequada, ele terá que administrar a demanda. Isso quer dizer atuar na sua inserção no sistema de saúde. Se houver profissionais espalhados nos níveis anteriores de assistência, grande parte dos casos pode ser triado e solucionado sem que o paciente recorra ao InCor. Isso diminuirá a demanda, o que é necessário, já que hoje a espera por uma cirurgia pode levar 1,5 anos. E uma cirurgia cardíaca é sempre caso grave... Vejo o desejo real do pessoal do InCor em atender o SUS, enquanto função social. Agora, não se pode diminuir a necessidade de racionalização do sistema através do atendimento em nível secundário. Não dá para discutir o InCor isolado. E os dirigentes do InCor tem poder, influência e podem usar o seu prestígio político para aproximar-se desta racionalização".

Encontrou-se um grupo daqueles que defende "fazer o próprio plano de saúde. Elaborar e administrar um Sistema de Gerenciamento, prestando serviços em sua especialidade e conveniando com outros serviços. Sendo padrão de referência. Consolidar o terceiro setor: público, não lucrativo, gerenciado com eficácia". Esta proposta é combatida: "acho que isso desvirtuaria o InCor. Fazer Seguro Saúde é entrar

num mercado que não é o nosso, para que não estamos qualificados". Paralelamente há quem proponha constituir-se num centro de conhecimento, fornecendo serviços especializados nas mais variadas áreas. "Todos querem melhorar o desempenho da organização, preparar o futuro, ser uma instituição de referência nos diversos serviços. É uma vontade da gerência. Não há um processo de planejamento, mas existe uma idéia da gerência, que é de uma organização que preste serviços para outras organizações, gerando resultados a serem divididos. Em Salvador há um *franchising* do InCor, no SEPACO, o InCor administra 15 leitos e no COTOXÓ são 70 leitos". "Isto eu já vejo com bons olhos. O que é fundamental é que a empresa seja dirigida com profissionalismo nas mais variadas áreas. O primeiro ponto é formular com clareza a sua missão, definir os objetivos, tendo como base o equilíbrio entre produção científica, acadêmica e de assistência. Só falar dos três objetivos não é suficiente. Por que a Fisics não anda? Falta profissionalismo".

Há uma linha que defende uma maior autonomia frente à administração do Hospital das Clínicas e à Faculdade de Medicina: "eu não acredito no desmembramento do Hospital das Clínicas e sim numa gestão absolutamente descentralizada. Hoje 10% do nosso faturamento bruto é do H.C. e 5% da Faculdade de Medicina. Isso quer dizer 1 milhão de dólares por mês. Daí que o próximo passo é a descentralização total, a completa desvinculação do serviço. Um orçamento e uma instituição para administrar... É preciso descentralizar. Esse gigante (refere-se ao H.C.) é inadmissível. Eu te pergunto, não tem mais interesse para subornar quando se compra 1 milhão de agulhas do que mil? Essas concorrências facilitam o roubo. Lá nos Estados Unidos, em Boston, há dois hospitais universitários, o de Massachussets e o de Harvard. Cada um é gerenciado de maneira autônoma". "Eu desvincularia de forma total. Professor não tem que assumir função administrativa, professor tem que fazer ensino e pesquisa. Administração é para administrador. Médico acha que é Deus. E também sempre quer um brinquedo novo que depois fica parado sem uso". "Acho que deveria ser criada a figura de Presidente do InCor, sem estar obrigatoriamente associada ao cargo de Titular. Seria melhor que fosse um administrador, que estivesse fora do jogo, como o Presidente de uma empresa qualquer, contratado para este fim. Nem precisa ser médico. O Titular pode se encarregar de coordenar a pesquisa".

O argumento descentralização é também utilizado como prioridade para a gestão interna do hospital. "Vai ter que descentralizar, não tem jeito. Vai ter que virar unidade de negócios". "Acho que em cinco anos a tendência é descentralizar. Não vejo outra saída. Vejo a mudança a partir do corpo diretivo, onde o PIQ será o catalizador". "O PIQ é uma saída. Através dele as pessoas poderão apresentar suas idéias e sugestões".

O tema mudança apresenta-se de modo constante. Identifica-se uma necessidade de mudança, de delineamento dos novos rumos. Poucos vêem a possibilidade de que

esta mudança seja encabeçada pelo atual Diretor Geral, frente à proximidade de sua aposentadoria. "Quem pode mudar isto é o Diretor Geral. Ele é uma pessoa tremendamente preparada, bem intencionada e integralmente qualificada para fazer esta mudança...A pergunta é justamente ao contrário: por quê não faria? Nós já temos um plano integralmente desenhado. Parte dele é a retomada do tempo integral, com a Fundação pagando suplementação salarial para alguns profissionais. Isto permitirá melhores salários para menos pessoas. Nós já pensamos em tudo".

Muitas pessoas consideram que qualquer proposta ou encaminhamento será posterior à sucessão da Diretoria Geral. "Não existem fóruns estabelecidos para debate. Percebo alguns fatos que ocasionarão a mudança: o prédio novo e a aposentadoria do Diretor Geral". "A minha visão de futuro é a aposentadoria compulsória do Diretor Geral, que ocorrerá em dois anos. Enquanto isso ele está tentando descobrir um meio para ficar". "Existe uma perspectiva de mudança frente à aposentadoria do Diretor Geral".

Evidencia-se um clima de espera e de levantamento de conjeturas. "O que acontece é que quando o Diretor Geral se aposentar, será aberto um concurso para Professor Titular em Cardiologia. Mas, enquanto isso, quem estará pronto para assumir a Direção Geral do InCor são os titulares de Pneumologia e de Fisiologia. Não está escrito que o Diretor Geral tem que ser da Cardiologia - tem que ser Titular!!". "A única possibilidade que Diretor Geral tem é criar a vaga antes e assim fazer o seu sucessor. Se, antes disto, ele fizer o Titular da Pneumologia, ele ganha mais um voto na Congregação da Faculdade de Medicina, que definirá a sucessão". Em uma entrevista, a pergunta sobre quando ocorreria a sucessão foi respondida da seguinte forma: "Existem duas possibilidades, dependendo da abertura ou não de uma nova vaga de Titular. Ou no final de 97, ou em 98. Enquanto isso, a posição geral é de espera...Todos sabem do risco desta espera, estamos esperando há muito tempo, mas enquanto isso estamos tocando, e bem, nossos serviços."

O futuro da organização tende a ser fortemente influenciado pela Congregação da Faculdade de Medicina, através dos concursos para as posições de Professor Titular abertas, e também pelo Conselho Deliberativo do H.C., que é presidido pelo Diretor da Faculdade de Medicina. São dois processos articulados. Uma pessoa comentou que "este processo refletirá a disputa entre InCor e H.C., entre InCor e Faculdade de Medicina e entre InCor e os demais componentes da Cardiologia Brasileira".

Dentro das regras atuais, o sucessor tende a ser "um veterano", uma pessoa formada dentro do modelo, com grande possibilidade de haver sido aculturada ao longo de sua carreira. "Qualquer um que suceda já é veterano. Mas ele tem um desafio: provar que é melhor do que o anterior". Provavelmente, além de se defrontar com todas as questões anteriormente esboçadas, ele terá um desafio adicional, representado pela

busca de um equilíbrio entre o conjunto de candidatos àquela posição, com quem tende a conviver e trabalhar por mais um longo período, que se inicia no momento em que é divulgado o nome do 'escolhido'.

*O desejo de conquistar é
coisa realmente natural e comum
e os homens que podem satisfazê-lo
serão louvados sempre e nunca recriminados.*

Machiavelli - O príncipe.

6. Práticas e políticas de gestão de recursos humanos

A abordagem sobre o tema "gestão" do Instituto do Coração pode ser iniciada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O InCor é resultado, em última instância, do processo de formação das disciplinas da escola médica, com seus respectivos professores titulares, que muitas vezes comportam-se como chefes dos professores que atuam em determinada matéria, pois representam o estágio máximo da carreira acadêmica em uma realidade que combina, na prática, duas organizações, a Faculdade de Medicina e o Hospital das Clínicas.

As disciplinas são sub-divisões dos departamentos. Os departamentos dispõem de vagas para professores em diferentes estágio da carreira acadêmica. A posição de Titular, muitas vezes única por disciplina, é normalmente preenchida quando o ocupante do posto se aposenta. Neste momento costuma ser aberto um concurso. Os candidatos realizam uma seqüência de provas para o preenchimento da vaga recém-aberta, são julgados por uma banca e a decisão final é referendada pela Congregação da Faculdade, hoje composta por "cerca de 70 pessoas, entre Titulares, Associados, Doutores e representantes de alunos da Faculdade". Paralelamente existe um processo de criação de vagas, cuja aprovação é usualmente condicionada à comprovação da existência de uma nova disciplina ou especialidade.

A divisão da clínica cirúrgica liderada pelo Professor Alípio Corrêa Neto é o primeiro elemento trazido pela história. Em 1934, o Dr. Alípio dividiu os assistentes por especialidades, a saber, gastro, vascular e traumatologia. O Dr. Zerbini foi sub-assistente da cirurgia gástrica, até substituir o então assistente, o Dr. Etzel⁹⁹. Pode-se verificar que a cirurgia torácica passa a existir na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a partir do Professor Zerbini, que progressivamente foi conduzido a esta prática. Ressalta-se que o Professor Zerbini, em 1969, apresentou memorial para o concurso de Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica. Já o Professor Adib Domingos Jatene, em novembro de 1982, apresentou memorial para o concurso de Professor

⁹⁹ FUNDAÇÃO E.J. ZERBINI *ZERBINI: mestre do coração*. op. cit.

Titular de Cirurgia Torácica, na disputa pela posição criada pela aposentadoria do Professor Zerbini.

O Professor Luiz Vénere Décourt, aluno da mesma turma da Faculdade de Medicina, com formatura em 1935, seguiu caminho paralelo e alcançou o posto de Professor Titular do Departamento de Clínica Médica antes do concurso realizado pelo Professor Zerbini, quando o processo ainda não compreendia apresentação de memorial, "foi em 1950 que o Prof. Décourt assumiu a cátedra". O Professor Fulvio Pileggi apresentou em 1977 memorial para concurso de Professor Titular do Departamento de Clínica Médica, na Disciplina de Cardiologia, em posição criada naquela época, uma vez que a aposentadoria do Professor Décourt foi posterior.

Enquanto os eventos acadêmicos são definidos pelas regras da Universidade de São Paulo, as composições dos vários órgãos decisórios, ou seja, as várias instâncias de poder do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo são definidas pelo Regulamento do H.C., publicado em 20 de abril de 1977. Neste documento, o Hospital das Clínicas é definido como "entidade autárquica com personalidade jurídica e patrimônio próprio, com autonomia administrativa e financeira", vinculando-se administrativamente à Secretaria do Governo para Coordenação Administrativa e associando-se paralelamente à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade.

Diz-se da ocorrência de duas carreiras articuladas, porque o Regulamento do H.C. garante exclusivamente aos Professores Titulares da Faculdade de Medicina a direção geral das suas várias unidades hospitalares.

O Decreto 42817 de 24/12/1963, publicado em 25/12/1963, que cria no HCFMUSP o Instituto de Doenças Cárdio-Vasculares (IDCP), esclarece que "integram o IDCP as disciplinas: Doenças do Coração e Vasos, Doenças dos Pulmões e Cirurgia Torácica". Significava que a 2a. Clínica Médica e 1a. Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas posteriormente se separariam das demais, constituindo o seu próprio Instituto. Ou seja, três disciplinas haviam se organizado em duas clínicas que, a partir da existência concreta do IDCP, seriam submetidas a uma única liderança.

A liderança de todo este processo coube ao Professor Euriclides de Jesus Zerbini.

6.1. Liderança

O Professor Zerbini morreu em 1993, antes do início da coleta de dados do presente trabalho. Este fato gerou a necessidade de se fazer uma reconstituição da sua lógica, em termos de gestão de recursos humanos, a partir das entrevistas realizadas e da sequência histórica dos acontecimentos.

"O professor Zerbini foi o cirurgião com a maior capacidade de aglutinação que eu conheci".

Esta liderança parece ter sido exercida fundamentalmente através do trabalho, da delegação e do debate. "Seu lema era trabalho", "ele defendia a tese de que nada resiste ao trabalho", "dizia sempre que o trabalho não mata ninguém". "Ele tinha jeito de caipira e dizia que era artesão, que só sabia operar". "Ele era uma pessoa que dava empuxo ao grupo, queria fazer coisas novas, frequentava congressos e trazia as novidades. O diálogo com ele era fácil, porque ele era uma pessoa aberta, que recebia bem outros indivíduos. Trazia para o seu grupo quem ele julgasse bom, mesmo que fosse contrastante. Era uma pessoa simples e sóbria. Aparentemente humilde". "Ele discutia com a gente, era uma pessoa muito aberta. Tinha uma imensa capacidade de agregar e formar pessoas". "Ele sempre soube delegar. Quando ele delegava, ele o fazia por inteiro. Ele sabia delegar e esperar o retorno. Ele nunca me fez uma pergunta inconveniente ou invasiva."

"Para que a Sra. tenha uma idéia, aconteceu algumas vezes de eu telefonar para ele dizendo que era necessário ele ir aquele dia à tarde para Brasília. Ele nem perguntava nada. Desmarcava cirurgia, o que tivesse na sua agenda. No avião, ele perguntava o que ele tinha que fazer. Houve um fato muito interessante. Com a idéia de aparecer no jornal, eu solicitei para a assessoria do Presidente Figueiredo uma entrevista com o Presidente. Pouquíssimo tempo depois, eles me retornaram dizendo que o Presidente havia dito que o Professor deveria escolher o dia e a hora, pois o Presidente Figueiredo estaria absolutamente disponível. Eu falei com o Professor, que ficou sem jeito, perguntou o que devia fazer. Eu respondi que era para marcar o dia e a hora. E assim o Figueiredo abriu uma janela de uma hora e meia."

A capacidade de liderança deste cirurgião torna-se inquestionável quando se verifica o tipo de seguidores que cultivou: Dr. Delmont Bittencourt, Dr. Radi Macruz, Professores Fulvio Pillegi e Adib Domingos Jatene, Dr. Seigo Tsuzuki, Professor Verginelli, Dr. Sergio Almeida, entre cardiologistas clínicos e cirurgiões cardíacos brasileiros. Além disso, "Quantos serviços de cardiologia existem? Quatro quintos são de discípulos dele. Há serviços que usam o Professor Zerbini como modelo em todos os países abaixo do México".

"O Zerbini era um enxadrista. Ele efetivamente pensava na combinação das peças. Fez seguidores leais e exigia que esses assistentes seguissem carreira universitária. As pessoas o respeitavam e ele sabia delegar. Delegava e sabia aguardar o resultado."

Por outro lado, "O Professor Decourt sempre teve uma preocupação humanista, filosófica. Sempre gostou de literatura, de poesia." Provavelmente por isso verificava-se que "a composição Zerbini-Decourt possibilitava um maior equilíbrio entre viabilização e pensamento".

Do período de idealização do Instituto até o início das obras, a liderança se realizava dentro de um grupo homogêneo, de médicos, que dominava os diferentes espaços da cardiologia clínica e cirúrgica de São Paulo: no Hospital das Clínicas, na Faculdade de Medicina, no Hospital São Paulo, na Oficina Coração-Pulmão, na Santa Casa de Misericórdia, no Dante Pazzanese, na Beneficência Portuguesa e até nos consultórios particulares.

Depreende-se das entrevistas que para a ocupação de tantos espaços simultaneamente, o Professor Zerbini respeitava uma certa definição de posições: "O Zerbini não atendia clínica, ele só operava. Daí que o paciente só vinha para ele depois de ter passado por um clínico, entre o Fulvio (Pileggi) e o Radi Macruz. Os dois trabalhavam no mesmo consultório, na Rua Itapeva. Os dois também mandavam pacientes para o Zerbini". "O Bittencourt era o braço direito do Zerbini na clínica cirúrgica". "O Verginelli, que sempre foi um grande mestre, ajudou o Zerbini a formar cirurgiões".

Alguns depoimentos informam que, após alcançar a posição de Titular, o Professor Zerbini teria se concentrado no Hospital das Clínicas, por sugestão de seus assistentes. Neste contexto indicou o Dr. Adib Jatene para a Chefia do Instituto Dante Pazzanese e o Dr. Seigo Tsuzuki para a coordenação dos trabalhos da Oficina Coração-Pulmão. Para iniciar a obra do IDCP, ele constituiu uma comissão encabeçada pelo Dr. Delmont Bittencourt. "O Bittencourt foi escolhido para a obra, e também para observar o trabalho do Dr. Barnard, porque ele era poliglota, muito bem relacionado e tinha a capacidade rara de absorver o necessário. Era uma das raras pessoas de discernimento".

Conclui-se deste conjunto de falas que o estilo de liderança, cuja origem é a posição adquirida na carreira acadêmica, pois "o poder médico não tem discussão, todos submetem-se à hierarquia universitária", legitimava-se através de seleção rigorosa dos assistentes dentro de um perfil que lhe era adequado, distribuição clara de papéis, delegação com amplo espaço individual e debate. Este tipo de comportamento possibilitava a captação e retenção de profissionais altamente qualificados. O Professor parecia reservar a si a articulação entre o poder médico e o poder político, representado pela obtenção de recursos para a execução da obra. Alguns integrantes da equipe médica informam que existiam reuniões regulares neste grupo.

Com o término da edificação percebe-se o surgimento de duas novas necessidades: o equipamento e a padronização de procedimentos. O Professor Zerbini incumbiu então ao responsável pela Oficina o estudo dos equipamentos, através da constituição de uma Comissão de Importações. Esta decisão indica a preocupação de uma abordagem integrada relativa à tecnologia, à qual se confere importância estratégica.

Paralelamente o Professor Zerbini solicitou auxílio ao Superintendente do Hospital das Clínicas para a confecção dos manuais operacionais. Parece ter surgido deste processo o grupo de planejamento operacional, recrutado pelo Dr. Humberto Moraes Novaes e composto de pessoas indicadas ou pelo próprio Professor Zerbini ou por profissionais da sua confiança. As reuniões formais iniciaram-se em novembro de 1974 e "o primeiro encontro do Dr. Zerbini com a equipe multiprofissional ocorreu em 18/06/75. Nesta reunião o Dr. Humberto apresentou o grupo de trabalho à equipe médica. Dr. Zerbini falou da importância da integração profissional".

Assim, o grupo de planejamento operacional representa a entrada de um terceiro nível hierárquico. Tratava-se de um grupo multiprofissional, coordenado por um médico de carreira predominantemente administrativa. Cabia ao coordenador médico do grupo a representação no colegiado que definia os caminhos da organização. Este primeiro coordenador médico não integrava o grupo técnico, aquele de clínicos e cirurgões cardíacos.

Conforme uma entrevista: "O Dr. Humberto ajudou o Zerbini a fazer a estrutura que acomodasse os nomes" e esta estrutura, apresentada no regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aprovado pelo Decreto no 9720, de 20 de abril de 1977, evidenciava o raciocínio exposto anteriormente e se mantém até hoje.

Consolidou-se um modelo com dois órgãos de direção superior do Instituto do Coração: o Conselho Diretor e a Diretoria Executiva. O Conselho Diretor é composto por três membros, todos professores titulares do Departamento de Clínica ou de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dentre esses membros um é o Presidente do Conselho e outro é o Diretor Científico do Instituto. Ambos são indicados pelo Conselho Deliberativo do H.C., presidido pela Diretor da Faculdade de Medicina. Está escrito que o mandato dos membros do Conselho Diretor do InCor coincide com o dos membros do Conselho Deliberativo, ou seja, quatro anos. O Diretor Executivo é indicado em lista triplíce pelo Conselho Diretor do InCor, participa das reuniões, sem direito a voto.

Também foram criadas a Diretoria de Área Clínica, integrando as Divisões de Métodos Gráficos, de Medicina Preventiva, Clínica, além de alguns serviços, e a Diretoria de Área Cirúrgica, que coordena da Divisão Cirúrgica, de Experimentação e de Bioengenharia e do Serviço de Anestesia.

"A organização foi feita em função dos nomes. Diretor Geral: Zerbini; Diretor Científico: Décourt; Diretoria da Área Clínica: Fulvio Pilleggi; Diretoria da Área Cirúrgica: Verginelli; Divisão Clínica: Radi Macruz; Divisão Cirúrgica: Bittencourt; Divisão de Métodos Gráficos: João Tranchesi". O Diretor Executivo desta primeira "ordem" era o Dr. Humberto de Moraes Novaes, coordenando assim as Divisões de Enfermagem e de Administração, e os Serviços de Nutrição e Dietética, de Arquivo Médico, Social Médico, Farmácia, Documentação Científica e Didática, além da Equipe Odontológica.

A aposentadoria do Professor Décourt e o afastamento do Dr. Humberto, para assumir nova posição na Organização Mundial de Saúde, ocasionaram mudanças na composição do grupo diretor. "A primeira aposentadoria foi do Professor Décourt. Quando ele se aposentou, o Dr. Fulvio já era titular, pois haviam aberto uma outra vaga - o Decourt era titular em Clínica Médica e foi aberta uma posição específica em Cardiologia. Assim, o Fulvio passou a ser o Diretor Científico". Ao Dr. Seigo Tsuzuki, "relacionamento de lealdade do Professor Zerbini", foi destinada a Diretoria Executiva.

Ainda sob a gestão do Professor Zerbini decidiu-se pelo desmembramento entre a função de Diretor Executivo e a de Diretor-Presidente da Fundação E. J. Zerbini. A posição máxima da Fundação foi destinada ao Dr. Seigo Tsuzuki, enquanto seu assistente, Dr. José Manoel de Camargo Teixeira ascendeu à posição de Diretor Executivo.

Com a aposentadoria do Professor Zerbini em 1982, o Professor Fulvio Pileggi alcançou a posição de Diretor Geral, podendo concorrer ao cargo imediatamente após o afastamento porque já possuía a titulação necessária. O Professor Adib Jatene, após ter obtido a posição de Professor Titular em competição com o Professor Verginelli, passou a ser o Diretor Científico do Instituto do Coração.

A partir de 1982, o Instituto do Coração foi dirigido por um profissional de perfil radicalmente diferente ao do idealizador do hospital. "O Prof. Zerbini era mais ligado à parte científica, à cirurgia. O Prof. Fulvio é mais ligado ao funcionário". "O Dr. Fulvio é o próprio demônio em ação. Ele é peça fundamental. Usou seu prestígio para levar o InCor à frente. É "jet-set" e aloca sua rede de relacionamentos, sua energia e poder para o InCor. Trata-se de pessoa instável, que gosta de ter um séquito, privilegia cada vez um médico diferente". "É mafioso". "O poder médico é um, o Diretor Geral. O Diretor Científico está fora". "O Professor (Zerbini) era um homem culto, entendia de tudo, lia muito, sabia até de porcelana chinesa". "O Diretor Geral sempre foi agressivo, mandão. faz as coisas como ele quer, xinga". "O Diretor Geral é a liderança de um coronel. Substitui o Zerbini. É lobista sem saber". "O papel do Zerbini é em parte substituído pelo Fulvio. O Adib é respeitado, valorizado, mas não parece ser líder lá dentro. Tem 2 filhos no InCor, sendo o Fabio o seu sucessor". "Liderança médica é do Diretor Geral. Há

várias lideranças informais, porém um poder central. O Diretor Científico é importante, porém não é líder. É sucessor do Zerbini como cirurgião. Dr. Fulvio é sucessor do Decourt como clínico. Fulvio é emocional, grita mais. Jatene é razão, ponderação."

"O Adib sabia que quando voltasse para o InCor não seria bem recebido. Ele sabia que estava iniciando um novo trabalho e veio sozinho, não trouxe ninguém e nunca se envolveu em questões internas dos grupos do instituto. Fazia as coisas do modo que ele julgava correto".

A transição do poder foi acompanhada de um episódio marcante para algumas pessoas que viveram a história da organização: "O Fulvio mandou tirar tudo da sala do Zerbini: mesa, cadeira, secretária. No dia seguinte o Zerbini chegou e não encontrou nada". "Tanto o Prof. Zerbini, quanto o Décourt tinham liderança de fato. Eles são um marco na história. Eram temidos porque eram respeitados. Quando eles foram relegados a uma salinha, jogaram no lixo a história do InCor". "Agora uma pessoa que não tem tanto brilho não aguenta dividir. Acha que, tirando a liderança anterior de perto, ganha prestígio. Mas o tiro saiu pela culatra, porque todos viram".

Esta configuração manteve-se até hoje, com mudanças no segundo nível hierárquico. "Depois do Adib ganhar o concurso, ele passou a ser Diretor Científico. Um pouco depois, no final de 1983, a disputa entre o Radi e o Fulvio se acirrou. Em 1984 o Macruz saiu. O Fulvio trouxe o Krieger e o Mauricio Rocha e Silva para a experimental. O Egas Armelin, que perdeu espaço com a entrada do Rocha e Silva, saiu com o Macruz".

"Vejo que o Dr. Fulvio é marcante pela acentuação da ênfase em pesquisa. O estilo mudou, mas os pontos principais se mantêm os mesmos: ensino, pesquisa e assistência". Para a ênfase na pesquisa foram contratados novos profissionais: "O recrutamento dos novos diretores foi realizado dentro da USP pelo Conselho Diretor. Por exemplo, o Professor Mauricio Rocha e Silva que veio da fisiologia, Professor Krieger, Raul Maranhão e Jorge Kalil".

Na Diretoria Executiva foi mantido o profissional que exercia esta função: "Ao Diretor Executivo caberia, e coube de fato, sustentar toda a ação do Diretor Geral, que lhe confere todos os poderes para administrar aquilo que o Titular não quer ver". "Vejo uma única linha de poder, o Diretor Geral. O Diretor Executivo como extensão do primeiro". "O Diretor Executivo concentra poder próprio, é uma figura de autoridade".

No grupo de diretores de Divisão e de Serviços que se reportam ao Diretor Executivo houve poucas mudanças desde a inauguração do hospital, com exceção da Diretoria da Divisão de Enfermagem que foi substituída em maio de 1981 e desde lá mantém-se constante. Correspondem, na maioria dos casos, aos integrantes do grupo de planejamento operacional. Há variações significativas no quadro de assistentes técnicos de direção.

Paralelamente, durante a gestão do Professor Zerbini, a diretoria da Fundação manteve-se estável. "Nós começamos a Fundação em três diretores e ela acabou virando um outro Baneser". "As fases da Fundação estão relacionadas às pessoas que tomavam as decisões. A primeira fase é representada pelo Seigo (*Seigo Tsuzuki*), como Presidente, o Eugenio (*Eugenio Grigorowitschs*), como Diretor Técnico, e o Paulo Anthero (*Paulo Anthero Soares Barbosa*) como Diretor Secretário. Isso vai de 78 a 83. Em 83, por conflitos internos, houve o afastamento do Paulo Anthero e entrada do Bueno (*Antonio Carlos da Silva Bueno*). Em 85, na época da internação do Tancredo, estavam trabalhando na Fundação cinco diretores (*com a entrada de Onadyr Marcondes e o retorno do Paulo Anthero*). Por isso houve a necessidade de mudança de estatuto para que se acomodar à situação de cinco diretores. Esta terceira fase durou até 87, no fim do mandato do Sarney, quando o Seigo foi para o Ministério da Saúde. Na quarta fase, o Eugenio ficou como Presidente interino, ele nunca chegou a assumir plenamente a função. O Seigo e o Eugenio sempre foram muito amigos. Em 1988, eu não sei o que houve, o Seigo saiu". "O que aconteceu em 88 é que houve uma nova interpretação da cobrança do INSS, onde ele não foi entendido como tributo". Como a Fundação somente tinha isenção de tributos, este fato parece ter determinado a necessidade de redução do número de diretores, em virtude do peso que esta alteração ocasionaria na folha de pagamentos.

A partir de 1988 o nome dos dirigentes da Fundação Euriclides Jesus Zerbini é o mesmo, tendo ocorrido mudanças na designação dos cargos.

6.2. Modelo de gestão

Coerentemente ao tipo de estrutura formulado, organizaram-se duas linhas de poder, a médica e a administrativa, com clara subordinação da segunda à primeira. "O Diretor Geral manda nos médicos e o Diretor Executivo nos não médicos. O poder do Diretor Executivo é técnico e o do Diretor Geral é político". "O Diretor Executivo manda nos não médicos. Ninguém manda nos médicos, sendo que o Diretor Executivo influencia pelas informações que ele tem. O poder tem assim duas linhas: médico e não médico". "O Diretor Geral manda nos médicos, Diretor Científico na produção científica e o Diretor Executivo interfere em tudo". "Quem manda mesmo é o médico, mais especificamente, seis pessoas da Divisão Médica e seis pessoas da Divisão Cirúrgica".

A articulação entre os poderes médico e não médico é vista ou como atribuição específica do Diretor Geral "Essa função é do Diretor Geral. É difícil demais administrar

médico", ou como incumbência do Diretor Executivo. De qualquer forma não é apenas um depoimento que traz este tipo de conteúdo: "Há um problema seríssimo na relação do não médico com o médico. Os outros profissionais relacionam-se bem com o residente, com os estagiários e com o assistente, até chegar no chefe de equipe."

O discurso da liderança formal considera a gestão essencialmente técnica e descentralizada a partir da confecção do orçamento anual. " Trata-se de um orçamento programa com duas vertentes: programática e financeira. Ao longo prazo, o que determina são as discussões estratégicas a nível de Fundação e Conselho. Cada Unidade faz o seu planejamento integrado nas linhas técnico-operacional e econômico-financeira".

É praticamente unânime, de outro lado, a percepção de um modelo de gestão autoritário e centralizado. "Modelo é centralizado e autoritário. As pessoas decidem como fazer coisas previamente definidas". "A organização formal é autoritária, centralizadora e controladora". "Participa-se das decisões da área específica de trabalho. Todos são operacionais. De repente alguém diz: - 'de agora em diante teremos ... uma REC (recuperação pós-anestésica).' Sinto-me correndo atrás da decisão". "É uma linha verticalizada, uma gestão centralizada".

Dependendo do nível de inserção na estrutura organizacional, a centralização é personificada em um diferente diretor. "A centralização ocorre ao nível do Conselho Diretor". "Percebo uma gestão absolutamente centralizada, na figura do Diretor Executivo, mas também acho que ele representa a 'alta administração' ". "Existe uma centralização no Diretor Executivo. O modelo de gestão é centralizado, verticalizado. Um diretor que queira falar com o Diretor Executivo deve se justificar". "Vejo a organização centralizada na figura do Diretor Executivo, que julgo ser um profissional competente". "P- *Quem é que você acha que toma a decisão?* R-É a diretoria da Fundação com o Diretor Executivo. O Professor Fulvio é de discutir, não é de cumprir o que não concorda". "P - *Quem decide o caminho do InCor?* R -Tem os dirigentes: o Conselho Diretor e a Diretoria Executiva. Mas aí depende muito de todos os funcionários se reunirem e mostrarem a trilha. P- *Vocês se reúnem regularmente?* R- Sim, quando tem críticas a gente se reúne, dentro do serviço. Tudo passa por uma malha fina e as sugestões são levadas para a Diretoria do Serviço".

"Tudo é excessivamente controlado, a tal ponto que passa por dez controladores. Os processos correm e são todos centralizados no Diretor Executivo". "O InCor é uma organização centralizada, onde os donos das áreas têm uma autonomia completa. O que falta é sinergia. Ou seja, a centralização é da gestão intermediária". "É uma organização burocrática. Não vejo lideranças, vejo chefes". "O fato de não haver autonomia faz com que os profissionais se acomodem e não assumam responsabilidade".

A centralização é reconhecida também por pessoas que não criticam a centralização em si, mas seu modo de exercício, como se pode verificar no seguinte diálogo: " - É uma única pessoa que administra tudo, a seu bel prazer, centralizando tudo de forma errada. Hierarquiza tudo de modo mal feito.- *O Sr. está discutindo a centralização ou a qualidade de quem a faz?* - A centralização é necessária, só que o poder tem que estar na mão de quem é competente. Sempre haverá alguém que dará as ordens".

Há também um certo consenso sobre uma forma de trabalho onde cada serviço atua de modo isolado. "Não há trabalho de integração na horizontal, entre os serviços. Só dentro dos vários serviços". "Há baixa ênfase na integração. A organização informal está enfraquecida, aos poucos foram se acabando os pontos de encontro. Todo mundo está se voltando para dentro". "Pode ser que seja porque as pessoas que exercem as funções não tenham a capacidade de delegar, de organizar e assim cada um faz a seu modo. Dentro de cada grupo existe uma certa organização". "Cada área funciona como um feudo com cultura própria". " É uma questão também individual. Há pessoas que conseguem elevar o seu serviço, apesar do contexto". "Há setores que acompanharam a evolução e outros que estão atrasados".

"O modelo de gestão é personalista". "O personalismo prejudica o desempenho e a evolução da organização. A política interna prevalece, há formação de feudos por serviços". Assim, há significativa variação no padrão de comportamento dos diretores. "Ele está sempre de mau humor. Sua prontidão para encontrar os erros é inabalável. Não sabe falar que alguém tenha feito a coisa certa". "Meu diretor é 10. Em 16 anos aqui, já passei por vários diretores, vários chefes. O meu diretor primeiro escuta a pessoa e depois dá a versão dele. Ele sabe dividir e sabe entender". "Há muita disputa, inveja. As pessoas que 'ele não engole', ele manda tirar o nome".

Se de um lado se diz que " na estrutura da organização o acesso é podado", há pessoas que disseram: " eu não percebo demanda por participação" e ainda outras que acreditam numa mudança de rumo: "acho possível uma reversão da situação pela disponibilidade das pessoas para a integração". Provavelmente a missão de assistência à saúde aumenta a expectativa de sucesso na busca de objetivos comuns: "Eu acho que eu trabalho num hospital, mas eu sirvo o paciente. Posso ajudar um colega e isso reflete no paciente. Assim eu estou servindo indiretamente... É estupidez pensar que a gente é uma área. Se fosse uma firma, tudo bem, mas não, é um hospital. Já tive altos e baixos, mas quando a pessoa pensa mais na vida humana do que no dinheiro, a gente não faz só aquilo do serviço, faz mesmo o que não seja da área".

6.3. Clima organizacional

Em todas entrevistas solicitou-se a caracterização do clima da organização. Uma resposta apresentou o seguinte retrato: "É como um amontoado de tribos. Inicialmente a gente percebe a distinção entre os médicos e os não médicos. Mas os médicos também não se apresentam como um grupo uniforme: há os clínicos e os cirurgiões. Entre os cirurgiões há a segmentação de acordo com sua especialidade. Nos dois grupos separaram-se os sub-grupos, daqueles mais focados no atendimento, e de outros voltados à pesquisa. Há o pessoal de enfermagem que representa 1/3 da força de trabalho do hospital. E os demais". Em outra se fez uma comparação com a estrutura familiar: "O médico como o pai, a enfermeira como a esposa e as paramédicas são as outras, as da rua, pouco sérias, que não trabalham durante o fim de semana".

Nas entrevistas menciona-se comumente o ano de 1986 como a primeira linha de corte em termos de clima organizacional." No início eu via o InCor como a 7a. maravilha do mundo, via os pacientes com um atendimento maravilhoso. Tudo era lindo. É uma visão minha: eu me imaginava crescendo muito, a saúde melhorando bastante, fazia parte de várias comissões, fazia mil coisas. A partir de 1986 começou a cair, foi acabando". "O InCor era a continuação da minha casa. Para muita gente era assim e se desanimou". "Eu trabalhava 18 horas por dia no InCor, vivia no InCor, meu marido até reclamava". "Estou ilhado há 12 anos. Em função destas coisas políticas, decidi pelo isolamento em meu setor de atividades, no ensino e na pesquisa".

Em 1986 "havia um clima de pós-greve. Eu acho que os funcionários do InCor furaram a greve do HC em função de uma negociação que não foi cumprida. É por isso que o funcionário desconfia da organização. O próprio pessoal do Serviço de Administração se percebe "enrolando" o funcionário. Em uma dinâmica eles se caracterizaram como um polvo".

"O trabalho de clima organizacional de 1986 detectou os sintomas que são a doença do InCor, e que se mantêm os mesmos: a falta de reconhecimento, porque quando alguma coisa é ruim a pessoa leva advertência e quando é boa, ninguém elogia; relações verticalizadas; áreas estanques; comunicação; falta de integração entre o médico e o não médico".

Alguns entrevistados de nível hierárquico mais elevado comentam um relacionamento excessivamente conflitivo entre pares. "Em 1986 e 1987 o trabalho no InCor me trazia a possibilidade de efetivar projetos, mas a um custo alto, porque o clima na equipe era muito ruim, tenso. Talvez se eu tivesse mais jogo de cintura também me manteria mais tempo na organização". "No InCor todo mundo 'esconde o leite', é tudo

muito velado. Por isso o InCor é mais complicado do que qualquer hospital, pela centralização da informação". "A grande queixa é a falta de transparência". Por outro lado, há um depoimento que ressalta a diferença entre o relacionamento da equipe multiprofissional evidenciado no InCor e no restante do H.C.: "A equipe multiprofissional do InCor tem um ambiente interno diferente, a relação é boa, porque o foco é o doente, que é visto em conjunto. Até hoje, quando vem um médico do H.C. há problemas, e para preveni-los, em todo início de programa de residência médica, prepara-se os integrantes para o trabalho multiprofissional".

A este modo de relacionamento agrega-se uma intensa pressão aliada à quantidade e à qualidade de assistência prestada pelo hospital. "Existe uma pressão forte por causa da demanda de doentes provenientes de todas as regiões do Brasil e a existência de apenas 300 leitos. Os funcionários exercem sua profissão sem condições de trabalho". "Na minha percepção o InCor sempre teve um problema básico: altíssima exigência sem oferecer estrutura para se trabalhar". "O InCor é uma organização muito complicada, com um altíssimo grau de exigência". "Lá você não tem o direito de errar, porque se você errar, você é colocado na geladeira e tudo o que você pede é dificultado. Os médicos pregam muito isto".

Há quem considere normal o nível de exigência. "Todas as firmas estão exigindo, o Brasil está evoluindo e o InCor tem que estar um passo à frente. É um hospital de primeiro mundo, ou caminha para isso, e a tendência é exigir mais".

A menção de um sentimento de medo é frequente. "As pessoas têm medo dele". "Ninguém fala nada, reclama, nada". "A cultura organizacional é persecutória. Os funcionários vêem os ocupantes dos postos-chave como grandes autoridades, autoridades mitificadas. Na medida em que as pessoas não conseguem encarar a autoridade, surgem as doenças das quais decorrem as inúmeras licenças médicas. Acho que a impotência provém do fato de estar em um centro de excelência, no hospital mais famoso e mais bonito. As pessoas não falam, não se queixam. Acho que isto acontece por causa desta mitificação da autoridade". "As pessoas têm medo da concorrência, de outros brilhos e do mito do Diretor-bicho-papão, que te põe pra baixo do tapete. Eu não concordo, tenho sofrimento na relação com ele, mas vejo como uma relação saudável".

Verifica-se, segundo este raciocínio, a existência dos "mitos do InCor", que "ele é maravilhoso, sua administração é austera e justa, que cada um pode opinar sobre o seu trabalho, que cada um pode fazer ... Só que quem fala que não é isso corre o risco de ser segregado". Uma pessoa rebate: "A obediência é adquirida porque falta ousadia às pessoas, que temem correr riscos. Além disso, elas têm dificuldade de estabelecer limites. Você pode brigar para estabelecer estes limites, tudo depende da forma".

Apesar da tensão, do medo, da percepção de alto nível de exigência, há um reconhecimento de que se trabalha em um bom hospital, junto a uma excelente equipe.

Estes elementos conferem uma sensação de orgulho. "É uma coisa muito boa por ser pública, não tem parâmetro de comparação no Brasil. O Instituto é tão bom que impede a saída das pessoas qualificadas. Esta consolidação das coisas ocasiona uma baixa renovação". "O InCor está perto do que se sonhava. Vejo necessidade de pequenos ajustes de rota na gestão. Demos muitos passos e tenho sonhos ainda". "Adoro o Instituto, apesar de ser um trabalho desgastante na minha área, principalmente pela dificuldade de conciliação entre duas entidades, a Fundação E.J. Zerbini e o InCor". "Tenho alto nível de confiança e a direção dá espaço para que você aprenda. Em todos os anos em que estou aqui, só estou vendo o InCor crescer". "Gosto muito do meu trabalho. Aqui tenho condições de desenvolvimento intelectual. Acho que tem pouca gente para fazer muita coisa, se considerarmos pesquisa e atendimento. Tenho oportunidade de conviver com pessoas que são "as tais" de sua profissão. Ser do InCor é orgulho. As pessoas se sentem responsáveis, dizem "meu doente". Trabalhar na saúde é vício, é missão, ainda tem um quê de religião".

A compensação financeira rotineiramente surge, como argumento mesclado com estas falas: "O salário abaixou muito e eu sei que tem gente que não gosta muito que se fale disso". "Mas hoje eu também estou preocupado com dinheiro". Só que "o maior pecado no InCor é querer dinheiro". "Todos estão insatisfeitos com a política salarial". "É só cobrança, não vejo retorno monetário". Um depoente faz o seu diagnóstico: "o funcionário tem uma duplicidade de vínculo com a organização, numa relação de amor pelo que o InCor lhe oferece e ódio pelo nível de exploração".

"Pergunta- O que você faria sendo o Diretor Geral por um dia? Resposta - Daria prioridade ao ensino e ao paciente, independente de pagar ou não. Se tiver que escolher, a escolha deve ser pela gravidade do caso e o médico tem que saber isso. E o funcionário tem que ganhar mais. Depois do real a nossa situação salarial não mudou em nada. Antes a Fundação fazia complementação do ticket e agora não faz mais. E outra coisa é esse negócio de se sentir escravo. Antigamente a gente se sentia integrante do desenvolvimento do InCor, discutia casos de paciente, tinha tempo para pensar. Agora a prioridade do InCor é só aumentar a entrada de dinheiro. Eu tenho a sensação de roubo. Por quê aumentar tanto o atendimento? Interesse científico é que não é!"

Há outras queixas, relativas à condição de trabalho, que são comumente mencionadas, como a falta de espaço físico, rigidez de horário, relacionamento com médicos e diversas ordens para implantação de serviços em caráter de emergência, ou sem o suficiente planejamento, de projetos/serviços. "Aqui o banheiro nem tem papel. Se você prestar atenção verá que a pintura tem falhas, que o prédio está mal conservado. Você acha que este prédio poderia receber outro presidente?".

Estas carências significam para alguns "um momento de instabilidade, de queda". "Aqui dentro tem muita gente frustrada, estressada". O risco de "se nivelar por baixo" é

sempre presente. "Eu não sinto que seja uma organização ufanista e sim que é uma instituição que reconhece suas dificuldades".

Em uma entrevista foi sugerida uma dinâmica da vida do funcionário do InCor. "Existe a insatisfação progressiva até o momento em que alguém da sua família fica doente. Aí você perdoa, aí tem o resgate, já que todos têm o compromisso com a excelência".

6.4. Representação

No final da década de 70 a Associação dos Funcionários do Hospital das Clínicas era relativamente forte e contava com representantes dos diversos Institutos. "O negócio começou a funcionar depois da saída do Oscar Cesar Leite. Na época dele não dava pra fazer muita coisa. Mas depois, mesmo com as ameaças de repressão, o movimento era forte. Em 1978 foram criadas novas comissões, ligadas diretamente ao Superintendente. A Fundação era discutida muitas vezes nas três associações: de médicos, de residentes e de funcionários. A gente fazia pressão, conversava com deputado, pedia reunião com pessoal da Fundação, mas eles só falavam da parte boa, só mostravam o lado bom ou simplesmente não falavam com clareza. Nos primeiros dez anos o pessoal era ativo. A Fundação atrapalhou a organização dos funcionários. Quando houve a greve, a FUNDEBE começou a pagar complementação salarial para todos os funcionários. Isso fez com que todos voltassem a trabalhar e esvaziou a greve".

As greves são o tema mais freqüente quando se pergunta sobre representação ou sobre o relacionamento com o Hospital das Clínicas. "Quando entrei no InCor, a gente fazia greve porque se sentia dentro do complexo H.C., era funcionário". "Eu me sinto funcionário do H.C., tenho amigos lá. O funcionário do InCor é visto como primo rico. As pessoas ainda lembram da greve furada, mas não é porque aconteceu uma coisa lá atrás, que você vai ficar brigado a vida toda. Tem mais é que conseguir o que a gente conseguiu". "Depois da greve o pessoal do H.C. começou a nos tratar super mal. Chamavam a gente de primo rico".

A referência mais comum, o marco parece ser a greve divulgada no início de fevereiro de 1986 e que não chegou a se deflagrar em virtude da intervenção da Fundação Zerbini, que decidiu pela complementação salarial para todos os funcionários do InCor, diferenciando-os assim do restante da população de servidores do H.C. "Mas essa volta da greve mudou a cabeça do funcionário, não o caminho do InCor".

"Eu não me sinto H.C. Acho que o vínculo do HC está atrapalhando. Veja por exemplo a Comissão de Integração Humana, que criou uma lanchonete, fazia shows na hora do almoço e organizou um posto de atendimento bancário. Estas iniciativas não puderam ser mantidas porque no HC não havia". As pessoas dizem não sentir a interferência no seu dia-a-dia quando há mudança na Superintendência: "O InCor faz suas próprias regras. Por exemplo, quando a Superintendência diz que determinado dia pode ser compensado em horas, o InCor nem sempre segue".

Apesar da deflagração de vários movimentos grevistas de funcionários públicos, servidores da saúde, médicos residentes, entre as diversas categorias cuja parada traria repercussão ao andamento das atividades do InCor, a partir de 1986 e até o primeiro trimestre de 1996, não se assistiu à adesão do Instituto. Os motivos alegados variam. "Na última greve do H.C, na assembléia em que se decidiu a greve, não havia ninguém do InCor. Por quê? Porque quando tem greve, os diretores já ameaçam que quem entrar em greve será desligado da Fundação". Em outra entrevista ocorreu o seguinte diálogo: "Funcionário do InCor não faz greve. P-: *A que se deve isto?* R.: É a fama do InCor". "Hoje a parte política do InCor acabou, o grêmio é só cultural". "Até na greve, ninguém parou no InCor. Estávamos sitiados. O almoxarifado do HC não fornecia material". "A única coisa que eu me recordo é de um movimento de funcionários administrativos, tipo 'blue collar'. Este movimento estava relacionado à administração populista do Professor Guillermo, que propiciou a eleição para alguns cargos, durante o governo Montoro. Mas os técnicos de saúde não aderiram".

Foi consolidando-se com o tempo a imagem do InCor dentro do H.C., "o primo rico, o pidão, o exigente, aquele que tem os melhores profissionais de apoio, os mais bem pagos. Ele paga mais, mas também precisa trabalhar mais - a barra é mais pesada". Diz-se também que "o InCor constrói a boa imagem do H.C.". É este tipo de argumento que lhe confere uma certa liderança dentro do H.C., descrita da seguinte forma por um profissional: "O prestígio do InCor pode e deve ser usado para a melhoria do H.C. Podemos ser a ponta de lança de vários projetos. Enquanto alguns se orgulham do fato de 'sermos uma ilha', a maioria tem ódio. Ou todos nós crescemos, ou afundamos com todo mundo que está ao nosso lado. Você pode usar o seu prestígio, ganhar um projeto e repassar. Assim todos crescem. O InCor, ao longo dos anos, tinha como objetivo pisar nos outros para sobrar sozinho".

Um componente da atual equipe da superintendência do H.C. reconheceu que, neste momento, a integração entre InCor e HC está maior.

A demanda por participação na gestão do Instituto parece ser baixa. "Não têm demanda por participação, são passivos". " Houve a Comissão de Alimentação. Não consigo me lembrar dos anos em que cada coisa aconteceu, mas a ordem foi restaurante, mini-cooperativa, sub-comissão de alimentação e cesta básica".

"Houve algumas comissões de representantes por iniciativa do Diretor Executivo. Primeiro houve a Comissão de Motivação, que parecia com escolha de funcionário padrão. Depois a Comissão de Integração Humana, composta quase só de diretores, e por isso falavam que era para eles se divertirem. Eles organizaram biblioteca de funcionários, lanchonete, até as áreas serem desativadas. Agora há uma comissão cuja composição é combinada entre eleição e designação pela diretoria executiva". Outra pessoa disse: "Quanto à representação, depois da Comissão de Integração Humana, não houve substituto para esta função".

"O Grêmio, por ordem do Diretor Executivo, é apenas cultural. O presidente do Grêmio, de um dia para o outro, tiraram o cara da função. A Associação do H.C. não tem penetração nenhuma no InCor". "Até o Grêmio faz planejamento e orçamento anual para o Diretor Executivo!".

Além do histórico que remete ao risco de perda dos benefícios diferenciais patrocinados pela Fundação, a justificativa da inexistência de demanda por participação é atribuída, em uma entrevista, ao perfil da população de servidores do Instituto: "Acho que a população que trabalha aqui tem um perfil depressivo, volta-se para dentro. Paralelamente existe uma demanda diária por respostas prontas e todos estão preocupados em acertar. Todos sentem uma espada no pescoço: ACERTE. Isto torna todo mundo devedor". "A própria passividade das pessoas faz com que todo mundo aceite tudo".

A inexistência de lideranças é justificada por diferentes formas. "As pessoas que poderiam liderar processos são coibidas. Também não vejo lugares coletivos e assim as pessoas não se agregam". "Onde é que você resolve os seus problemas? Me diga, onde é que você resolve os seus problemas? É em um almoço, é conversando numa cantina. Aqui não tem refeitório, não tem cantina. Não há condições de trabalho". "Tem gente com força, mas é pouco presente". "O médico não se interessa pela organização, que virou uma coisa de produção tanto científica, como de honorários". "As pessoas vão ganhando cargos ao longo do caminho". "Existe um grêmio e a lideranças poderiam ser motivadoras para representar isso que todos sentem. Mas nos postos de liderança, você tem chefes, são cargos. Por exemplo, o chefe do Grêmio foi afastado de suas funções profissionais. Hoje ele é só Presidente do Grêmio. Como ele pode ter alguma independência, se ele está defendendo o cargo dele?"

6.5. Estrutura

Um depoimento de dirigente da organização informa que "trabalhamos segundo uma estrutura funcional, que difere da estabelecida pelo Regulamento de 1977, publicado em 1978. Temos quadro de pessoal estabelecido. O Conselho Diretor define a linha política e estratégica. É composto pelos professores: Adib Jatene, Fulvio Pileggi e Mauricio Rocha e Silva. A Diretoria Geral cabe ao Prof. Fulvio; a Diretoria Científica é de responsabilidade do Prof. Adib Jatene e a Diretoria Executiva é atribuição do Dr. José Manoel".

"Há 26 reportes diretos à diretoria executiva" e praticamente todos os entrevistados não apresentam críticas. "Não consigo ver uma estrutura hospitalar de outro jeito. São muitas tarefas diferentes, sendo que o hospital funciona os sete dias da semana e as noites também. Vejo no hospital quatro grandes agrupamentos: médicos, apoio diagnóstico e terapêutico, técnicos (enfermagem, nutrição) e administrativos. Acho que absolutamente não se consegue fugir disso". "A estrutura está bem, os compartimentos são adequados". "Reflete a linha, está O.K. Cada serviço é um reinado. Todos querem ser divisão, querem fazer ciência".

A estrutura organizacional do Instituto do Coração do HC-FMUSP está descrita em um manual de trinta e sete páginas, sintetizadas na tabela a seguir que também contém o resumo de cargos da Fundação, exposta em documento interno.

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DE CARGOS NAS ESTRUTURAS DO INSTITUTO DO
CORAÇÃO E DA FUNDAÇÃO E. J. ZERBINI.

CARGOS	TOTAL	Conselho	Dir. Executiva	Área Clínica	Área Cirúrgica	Fundação
Diretoria/Superint.	9	3	1	1	1	3
Divisão	12		4	4	3	1
Serviço	37	5	19	6	7	
Laboratório	5	5				
Ass.Téc./Assessor	6		4			2
Coordenadoria	7		1			6
Equipe	43	3	12	17	11	
Unidade/Centro	3		1	1	1	
Grupo	4			4		
Seção	106	18	53	19	15	1
Setor	66	8	36	12	7	3
Apoio/Atividade	4	1	1			2
TOTAL	302	43	132	64	45	18

Fonte: Organogramas de 1994, sintetizados no *anexo 2*.

6.6. A área de Recursos Humanos (RH)

6.6.1. RH Médico

Segundo a percepção da liderança formal médica, "é muito importante cuidar do empregado. Médico cuida do médico, recursos humanos cuida dos outros profissionais". Outro entrevistado apresenta a sua percepção sobre o motivo da inexistência de um trabalho profissional de recursos humanos voltado para a área médica: "A área médica não precisa disto, ela tem seus próprios mecanismos. A carreira no InCor está integrada à da Faculdade. Eu não preciso que uma área de recursos humanos me diga se devo ou não contratar determinado médico. É seu conhecimento técnico e sua postura que determinam sua contratação e isso se vê quando se observa sua conduta". Ou seja, a gestão de recursos humanos, em termos da área médica, transcende o espaço da organização Instituto do Coração.

Esta evidência parece estar atrelada aos mecanismos de ascensão na carreira médica, que extrapolam a organização e tem por objetivo a composição de uma imagem profissional. "O interesse de poder pelo médico é mais amplo. Ele faz dois caminhos paralelos (estes médicos de quem nós estamos falando): a carreira médica assistencial e a acadêmica. Quanto mais ele sobe, mais ele tem a possibilidade de se expor, mais ele aumenta sua possibilidade de influenciar. O próximo passo é ser reconhecido como formador de opinião na área médica e na opinião pública. Neste ponto, os outros médicos passam a necessitar dos serviços dele. As estruturas organizacionais são feitas em função disso. A escolha de assistentes, significa a escolha de quem pode trabalhar para ele. O residente busca o jeito de começar a alcançar quem lhe abra a porta".

Neste contexto, as funções de recursos humanos para a área médica são diluídas entre diferentes órgãos, sem uma sistematização destas atividades e qualquer correlação entre elas. Em uma entrevista as ações de recursos humanos foram simplificadas da seguinte forma: "As contratações são decididas pelo chefe de cada grupo, os desligamentos acontecem depois de alguma 'fritura' e a Comissão Científica decide quem vai em que Curso ou Congresso. As promoções resultam de uma composição política e são vistas como uma forma de aumentar o salário".

Nota-se, porém, que os mecanismos são mais complexos. O restabelecimento do fluxo da carreira médica conduz ao seu ponto inicial, representado pelo estágio ou a residência médica, que convertem-se nas principais fontes de recrutamento e mecanismos de seleção utilizados. "A seleção para estágio e residência médica é feita por concurso organizado pela Comissão de Ensino". "O estágio e a residência médica, regulados pela

Comissão de Ensino, são a primeira etapa de recrutamento e de seleção dos médicos recém-formados".

"Os programas de residência médica são três: clínica, cirúrgica e infantil e têm administração isolada. Cada especialidade médica tem a sua seqüência de etapas. Clínicos, anestesistas, hemodinamicistas e laboratoristas concluem a residência médica em três anos. Os passos a serem seguidos por uma pessoa que propõe-se a ser um cirurgião cardíaco parecem seguir um ritual. "A formação do médico se dá em duas linhas. No campo prático a formação ocorre no ato operatório. O início é ser auxiliar, depois pega a veia, depois artéria, depois ajuda em alguma coisa e depois realiza parte do procedimento. No campo teórico são oferecidas aulas e seminários. O médico chega no InCor depois de ter feito residência de dois anos em cirurgia geral, como R3 (*indivíduo no terceiro ano da residência médica*). Em cada nível há hierarquia. O R5 manda no R4, que manda no R3 ... O ensino é transmissão".

Neste caso, uma vez concluídos os cinco anos de residência médica, o fluxo mais comum do encarreiramento descrito em entrevistas é composto por mais uma seqüência de etapas. A primeira delas é ser *preceptor*, que significa supervisionar um grupo de residentes, uma ou duas vezes. Depois é necessário complementar sua formação acadêmica concluindo um programa de pós-graduação. Durante este programa o profissional costuma estabelecer outros vínculos parciais. O próximo passo é ser assistente e depois chefe.

As posições de chefia são pré-definidas em número e este fato determina que a grande maioria destes postos sejam alcançados por substituição. "Qualquer substituição se dá por iniciativa da chefia imediata, que leva a indicação ao Conselho Diretor". Há menção de promessas e compromissos realizados na expectativa de preencher as posições a serem abertas como consequência da aposentadoria de determinado indivíduo. Também há menção de não cumprimento.

Toda a carreira acontece, na grande maioria dos casos, dentro da organização, sendo que, praticamente a única alternativa de renovação de quadro se dá pela contratação de egressos do programa de residência médica realizado no Instituto. Os problemas que ocorram entre os médicos podem ser abordados em vários níveis, segundo um dirigente. "Num 1º nível a chefia conversa. Se não é equacionado, há a suspensão. Se não é equacionado é sugerida a mudança de especialidade".

No grupo de cirurgões, o instrumento básico para atualização, integração da equipe médica e para comunicação é uma reunião mensal anátomo-cirúrgica, onde são discutidos os óbitos. "Trata-se de uma reunião longa (das 8 às 11:30) em que participam todos os médicos. É possível que alguém da enfermagem vá".

Grande parte dos grupos de especialidade mantém reuniões científicas periódicas. Paralelamente são organizados eventos científicos, com assessoria do Serviço de

Relações Públicas do InCor, abertos para profissionais externos à organização. Tratam-se de cursos, jornadas e eventos nacionais ou internacionais, onde profissionais do InCor costumam proferir palestras.

Em todos os grupos, a decisão sobre a remuneração cabe ao Conselho Diretor. "Sobre a remuneração o Conselho decide". Por outro lado, "o plano de remuneração já está todo feito", foi a resposta de um integrante do Conselho Diretor. "Em qualquer instituição análoga, no mundo inteiro, a remuneração é apenas razoável. É lógico que o profissional que trabalha em um centro que pratique pesquisa, ensino e assistência ganha com isso uma rede de contatos e uma maior projeção. Ele acaba por ter maior valor de mercado. É a possibilidade de trabalhar nas três perspectivas que mantém o profissional no Instituto. O que é que ele ganha no Einstein? "

A apresentação dos pressupostos da forma de remuneração está no documento interno "Carreira do Corpo Clínico". Em sua introdução categorizam-se os diferentes vínculos contratuais possíveis entre os médicos, a saber, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP, Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina, outras Instituições com comissionamento no H.C. ou na FMUSP e convênios firmados. Todos os médicos que prestam serviços podem pleitear sua admissão na *Carreira*. "A Carreira do Corpo Clínico do InCor preconiza a existência de categorias, níveis e classes". São duas categorias (dedicação exclusiva e período integral), cinco níveis (em função da titulação acadêmica) e três ou quatro classes (em função da avaliação de desempenho). Este conjunto de parâmetros é utilizado para o cálculo do salário fixo. É sempre prevista a jornada de trabalho de 40 horas semanais. "Dentro da categoria Tempo Integral, para cada profissional será definido um mínimo de atos e procedimentos que se denominará Função Mínima Padrão".

Agrega-se ao salário fixo a remuneração variável por ato ou procedimento. "Entende-se por remuneração variável por ato ou procedimento o pagamento de plantões, atendimentos a pacientes InCor, previdenciários, de convênios e pagantes, atividades de ensino e atividades de pesquisa". "A remuneração para esses serviços terá como referencial as tabelas do Instituto do Coração para plantões, atos e procedimentos, ensino e pesquisa".

No Instituto do Coração pratica-se um modelo de remuneração único em instituições públicas de saúde, que mantém a mesma lógica desde a sua concepção. "Foi um sistema que construímos juntos, em 1979, e que vigora praticamente igual até hoje. O salário é entendido como uma somatória. $\text{Salário} = A + B + C$, onde: A= salário fixo do Estado B= salário fixo da USP e C= salário fixo da Fundação. Haveria assim uma diferenciação acadêmica na política de salários. A este fixo se soma a **produção** do consultório, em que o médico ganha porcentagem sobre o número de consultas realizadas. A gente mesmo começou a estudar alternativas. Vimos como eram os

salários da Faculdade, de outros serviços, nenhum profissional ajudava. Desde o começo tínhamos a idéia de um fixo somado a uma produção. Na época ninguém falava nisso".

Este modelo foi iniciado no ambulatório, aplicando-se posteriormente a mesma lógica a outros grupos médicos. A fórmula a ser seguida para o cálculo da produção de serviços de cada grupo resulta de negociação entre o chefe/diretor e Diretor Executivo. Cada especialidade apresenta hoje um sistema de apuração diverso, totalizando 27 tipos de apuração. Não há definição de critérios institucionais, ou mesmo a renegociação de critérios frente ao surgimento de novas prioridades da organização. Esta modalidade de pagamento atingiu, em outubro de 1995, 55% do corpo médico.

A base de cálculo é sempre o total faturado, composto por receitas provenientes do S.U.S., de Convênios e Particulares. No caso de particulares, os médicos elegíveis a este sistema, podem receber pagamento diretamente do paciente, devendo, neste caso, repassar porcentagem deste ganho ao Instituto. Se o paciente pagar ao Instituto, a retenção é feita automaticamente.

É significativa a diferença entre os modos de distribuição dos resultados nos diversos grupos médicos. Salienta-se uma característica comum, pois em nenhum dos modelos de remuneração variável é previsto um número mínimo de prestação de serviços a partir do qual o profissional elegível tenha o direito de receber ganho de produtividade. Há grupos em que a apuração e a compensação baseiam-se exclusivamente na produção individual. Em determinadas equipes pratica-se uma divisão do total faturado pelo seu número total de elementos. Há também situações em que o Instituto se abstém do controle da distribuição da remuneração dentro da equipe, assim como casos em que apenas um pequeno número de elegíveis de uma equipe médica recebem o total da produção realizada pelo grupo. Tudo depende da negociação em cada caso.

Um entrevistado fez a sua explicação: "O médico faz o transplante, o serviço é cobrado pelo Faturamento que envia orientação de pagamento ao médico pela folha. No ato do transplante é determinada a porcentagem de pagamento para cada profissional".

Este modelo de remuneração é valorizado por muitos porque "gera pressão para a produção" e também é criticado por ter favorecido uma queda na qualidade de atendimento devida ao maior número de serviços prestados. "O que mudou muito o InCor foi quando o pessoal começou a ver mais quantidade do que qualidade. A quantidade foi introduzida pelo novo plano de cargos e salários dos médicos que passaram a 'ganhar participação'. Os diretores são os maiores interessados nisso: quanto mais eles atendem, mais eles ganham. O médico já tá falando assim: *mas esse paciente é particular, ele tem que ser atendido!!* Eles ganham participação nos lucros, estão é preocupados com o número. Com isso eles trabalham mais, atendem mais gente que paga, explicam menos, porque gastam menos tempo explicando e orientando o paciente, e também estão menos preocupados em relaxar o paciente". Outro aspecto que suscita

objeções é sua elegibilidade exclusiva ao corpo médico. "O plano de carreira médico não é divulgado e algumas regalias só são oferecidas para os médicos, como por exemplo, o ganho de produtividade". A idéia transmitida por pessoas que não participam deste sistema de remuneração é que "todos os médicos ganham produção".

Este modelo permitiu que, segundo os dados da folha de pagamento de outubro de 1995, a média aritmética da remuneração dos médicos, extraindo-se os registros em que não houve remuneração no mês (33 casos), fosse de R\$ 3025. A participação da remuneração por produção no total de recursos alocados para a compensação entre médicos foi de 44%, atingindo 211 pessoas, 57% do total de médicos. O pagamento devido ao exercício de plantões correspondeu 5% do total de recursos, percebidos por 63 médicos, que correspondem 17% da população desta categoria profissional.

Importa destacar que nestes totais não estão incluídas verbas provenientes de outras fontes pagadoras, tais como a Faculdade de Medicina ou outra instituição que tenha comissionado o médico para prestar serviços no InCor. Estes volumes não são controlados pelo Instituto.

TABELA 10
CORRELAÇÃO ENTRE FONTE PAGADORA E TOTAL DE RECURSOS
FINANCEIROS ALOCADOS PARA O PAGAMENTO DE MÉDICOS.

FONTE	TOTAL	%	TOTAL R\$	%
H.C.	165	45%	182655	18%
FEJZ	203	55%	336215	33%
Produção	211	57%	441243	44%
Plantão	63	17%	53349	5%
TOTAL	368	100%	1013461	100%

Fonte: Folha de pagamento do InCor de outubro de 1995, processada pelo Serviço de Informática.

Outras formas de remuneração indireta são o financiamento à pesquisa e o conjunto de benefícios concedidos na forma de auxílio para participação em eventos científicos, composto de diárias, passagem e inscrição no evento. Estes benefícios são objeto de análise da Comissão Científica, e restringiram-se, na prática à categoria médica até 1995. "De janeiro a junho de 1996 foram registrados 54 protocolos de pesquisa, dos quais dois pertencem a pesquisadores não médicos".

Segundo depoimentos, participam da comissão científica os professores titulares, o presidente da Fundação Zerbini, o Diretor Executivo, os diretores de área e os diretores de divisão. A única pessoa que não integra a categoria médica é a responsável pelo Serviço de Documentação Científica.

O Regulamento explicita que esta comissão é um "órgão assessor e consultivo do Conselho Diretor, em todas as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico que se realizam no InCor". O Diretor Científico é o presidente da comissão, composta de nove membros, dos quais, três são membros natos: o Diretor Científico, o Diretor Executivo e o representante da Diretoria da Fundação Zerbini. Os demais membros são indicados pelo Conselho Diretor. Cabe ao Diretor do Serviço de Biblioteca e Documentação Científica e Didática ser o Secretário da Comissão Científica.

Esta comissão tem orçamento próprio com o qual financia integral ou parcialmente projetos de pesquisa submetidos a uma sequência de procedimentos para aprovação. A aprovação é acompanhada de parecer de um relator e de uma dotação financeira. Durante este processo costuma ser definido o conjunto de autores do trabalho. Posteriormente, quando o pesquisador pede auxílio para participação em Congresso, o faz de forma vinculada ao trabalho aprovado antecipadamente. "No seu pedido ele deve inclusive apresentar carta de apreciação do relator, onde são colocadas as observações/orientações iniciais, para que seja possível verificar o seu cumprimento. O requerente também deve apresentar um relatório de suas saídas anteriores e respectivas publicações derivadas destes trabalhos".

Em mais de uma entrevista foi mencionado o fato de que a Comissão Científica estaria analisando o aumento da remuneração articulado à carreira científica.

Não é prevista qualquer modalidade de renovação entre a liderança, a única renovação prevista ocorre na fase inicial da carreira. "A liderança acadêmica é espontânea e se faz lentamente. Daí espera-se que o Titular tenha tempo suficiente para implantar o que é necessário. É algo natural. O Titular é mais do que um gestor: ele influencia as linhas de pesquisa. A liderança tem que estabelecer e ponto ... A liderança é individual, é técnica. Tem sim que dar liberdade de investigação, mas é ela que decide a prioridade. Ninguém tem que dizer para um renomado pesquisador o que ele tem que fazer com o seu campo de atuação, mas é o titular quem decide as prioridades de investimento. É assim que as coisas funcionam. É lógico que o Titular vai conversar com várias pessoas antes de tomar certas decisões. Mas a decisão é dele."

Assim, os mais importantes órgãos decisórios, Conselho Diretor e Comissão Científica são dirigidos por Professores Titulares que alcançaram esta posição em virtude da demonstração da excelência na sua carreira acadêmica. As únicas alternativas concretas de renovação ocorrem frente à morte ou à aposentadoria. A aposentadoria do Professor Titular do Departamento de Córdio-Pneumologia na Disciplina de Cardiologia é prevista para julho de 1997. Para o ano seguinte está prevista a aposentadoria do Professor Titular de Cirurgia Torácica do Departamento de Cirurgia. A sucessão será definida pelo Congregação da Faculdade de Medicina, através de mecanismos que extrapolam o hospital. Levanta-se a hipótese de concorrerem à sucessão da direção do

InCor outros Professores Titulares de outras disciplinas destes Departamentos ou mesmo de outros Departamentos da Universidade de São Paulo.

Apesar de tratar-se de tema atual e reconhecidamente importante, praticamente inexistem debates abertos sobre o assunto. A transcrição de um fragmento de entrevista relata sinteticamente o que foi dito em diversas oportunidades: *P- Quem faz a opinião dos médicos.* R: Todos são desopinados. Até a sucessão ninguém vai falar nada, a política interna é pesada".

6.6.2. RH não médico

"Mas aí a gente teve um descuido: a gente pensou em importar equipamentos caríssimos, em ter uma produção própria, a gente tinha idéia de alta tecnologia e não pensou em como fazer bons profissionais de todos os níveis. Tinha tecnologia e não havia pensado no pessoal. Acho que isso aconteceu não porque esta era a concepção dos anos 70, que a tecnologia iria substituir a necessidade de gente, mas simplesmente não se pensou que o equipamento sofisticado iria exigir outro tipo de profissional de todos os níveis. Importava do bom e do melhor, da última versão e não pensava nas pessoas".

Os relatos não indicam um pensamento sistemático na questão dos recursos humanos. As dificuldades de se descrever esta lógica e o histórico da área de recursos humanos são amplificadas em virtude do significativo número de desligamentos ocorridos entre os profissionais alocados para o exercício desta função. As informações coletadas induzem à noção de que recursos humanos (RH) não tenha sido visto como um tema agregado de modo profissional ao planejamento da organização. Em um depoimento mencionou-se a alocação de um estagiário do curso de especialização em administração hospitalar para a "a montagem da área de Recursos Humanos, baseada na experiência do Treinamento de Enfermagem", em 1977.

RH consistia em uma preocupação abordada de modo esparso, através de iniciativas pontuais. A primeira evidência está nos esforços alocados para a padronização de procedimentos, realizada a partir da crença de que, através da redação de manuais onde seriam previstas a maioria das circunstâncias, se construiria uma organização. "Nós todos acreditávamos nisso. Que as pessoas iriam ler, debater, aplicar, rever, e que esta seria a base da prática". Nota-se também a prioridade conferida à efetivação de um contrato de trabalho atraente para o médico, não associada ao tema "recursos humanos". Pode-se dizer que, genericamente, a questão recursos humanos é vista como algo que exclui a categoria médica. Recursos Humanos, na visão geral, é uma expressão que

remete a funcionários. E médicos não são entendidos como funcionários. Paralelamente, vê-se a iniciativa de treinamento de pessoal inserida no contrato com o fornecedor de equipamentos. "O preparo da mão-de-obra foi realizado pela própria empresa que vendeu os equipamentos (a Hewlett-Packard), através de engenheiros que deram este tipo de apoio como parte do contrato". Enquanto isso, parte significativa da força de trabalho na área de enfermagem foi objeto de atenção do Serviço Educação Continuada da Divisão de Enfermagem.

Neste contexto, ao departamento de pessoal eram delegadas a seleção, além de tarefas burocráticas e administrativas. "No primeiro momento de recursos humanos compreendia basicamente a seleção de pessoal". "Na minha época (80/82) , o que se fazia era controle da mão de obra. Nesta época só tinha política especial para os médicos e agora há o plano de cargos e salários". Segundo informações obtidas, esta área de pessoal reportava-se, até 1985, ao diretor administrativo e financeiro. "Minha primeira impressão é que RH reduz o custo do deslocamento do funcionário, porque ao invés de ir ao H.C., ele vai à ARH e assim não precisa ir ao H.C.".

As entrevistas realizadas induziram à noção de que, após o desligamento desta Diretora Adjunta, a função 'de pessoal' foi delegada a uma diretoria adjunta, exercida pela primeira diretora do serviço de enfermagem, afastada de suas funções iniciais após sucessivos conflitos internos. "Ela criava empecilhos para a internação de doentes não cardíacos, políticos e pessoas de alta projeção social. Era uma técnica muito competente, que efetivava tudo que se propunha com qualidade, mas não tinha jogo de cintura".

Provavelmente é de sua autoria a estruturação das quatro frentes de atuação relativas aos temas de RH. Uma unidade de recursos humanos, composta de quatro seções (cargos e salários, seleção, folha de pagamento e registro e documentação), uma unidade de benefícios, a unidade de treinamento e a de atendimento médico ao funcionário. Todas se remetiam à Diretora Adjunta. "Fui selecionada em 1986 para implementação da área de treinamento. Na época, o diretor adjunto era equivalente ao diretor de divisão". "Em 1986 recebi o convite da Diretora Adjunta para atuar na Unidade de Assistência Médica ao Funcionário InCor, que depois transformou-se no Serviço de Saúde ao Funcionário InCor. .. O objetivo deste serviço era atuar na relação entre indivíduo e organização. Do atendimento individual passamos ao atendimento em programas de saúde em caráter coletivo ... Daqui para frente, quando eu disser paciente, entenda funcionário".

"Houve momentos em que todos se reportavam a um adjunto. Quando o adjunto foi extinto, todos gostaram, o Adjunto só passava recado mesmo". "1987/1988, todos se remetiam diretamente ao Diretor Executivo, que organizava vários seminários de integração entre as áreas de RH".

A contratação de um profissional especializado na administração de recursos humanos coincidiu com a percepção do aumento do número de ações trabalhistas ocorrido em 1988. "Ninguém imaginava que seria necessário regularizar a relação de trabalho, por acreditar que os relacionamentos políticos conferissem imunidade neste assunto". "Todos os funcionários integravam um sistema de prestadores de serviço, onde a Fundação complementava a remuneração advinda do HC em níveis diferentes, de acordo com a categoria profissional. Este sistema gerou muitas ações trabalhistas em virtude de caracterização de vínculo empregatício, sendo que em 1988 houve a centralização da frequência e a regularização da relação de trabalho".

A partir de 1988, houve a regularização da relação de trabalho, com a concretização de dois vínculos trabalhistas, efetivada através da elaboração de um contrato de trabalho específico com a Fundação, e a área passou a ser designada por Divisão de Recursos Humanos, contando com três serviços:

- Serviço de Administração de Pessoal, com seções de cadastro, frequência e folha de pagamento; cargos e salários; e benefícios.
- Serviço de Saúde, com responsabilidade sobre a saúde ocupacional e assistência médica aos servidores, assim como sobre o plano auto-gestão (plano piloto de seguro de saúde próprio do InCor).
- Serviço de Treinamento e Desenvolvimento, com seções de recrutamento, seleção e avaliação; treinamento e desenvolvimento; e planejamento.

O processo de transição da estrutura de RH resultou também na criação de uma "Coordenadoria Especial de RH", para elaboração de "planos estratégicos" ou "projetos novos", sob responsabilidade da antiga chefe da unidade de benefícios, que retornou à função anterior. Em paralelo, também verifica-se a existência do Centro de Aperfeiçoamento em Ciências de Saúde, destinado à formação de pessoal de nível médio.

A finalidade, o organograma com caracterização das atribuições, o programa de cada um dos serviços e seções, além da apresentação das normas e procedimentos referentes a este campo de aplicação, são descritas em três "Manuais de Organização da Divisão de Recursos Humanos, redigidos em 1994. Nestes manuais são definidos os cargos e apresentado o Quadro de Recursos Humanos. Atualmente, segundo entrevistas, há "47 pessoas que trabalham em RH, incluindo-se aí o Serviço de Saúde".

6.6.2.1. Aspectos da administração de pessoal

O custo de pessoal, que no ano de 1995 alcançou o valor aproximado de R\$ 50 milhões, correspondendo a 59% do custeio da organização, dos quais 27% do H.C. e 73% provenientes da Fundação E.J. Zerbini, é, segundo os depoimentos, atribuição da área de orçamento e controle.

"A determinação do número de funcionários é estabelecida pelo regimento do H.C.". Os entrevistados disseram que "desde o início do funcionamento integral da organização tem se mantido um quadro de 2200 pessoas, sendo 3/4 do HC e 1/4 da Fundação, que compõem o quadro complementar". "O InCor manteve o mesmo platô de funcionários, entre 2200 e 2400, a partir de 1989 e 1990". A distribuição dos funcionários nas várias divisões, serviços ou seções não é objeto de atenção constante da Divisão de Recursos Humanos.

O documento interno "Manual de Estruturação de Cargos e Salários" apresenta o Plano de Cargos e Salários InCor (PSCI), criando quatro agrupamentos de cargos não médicos, definindo-os da seguinte maneira:

- o "apoio médico" representa o conjunto das funções de atendimento direto ou indireto ao paciente. Ex.: funções da enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, laboratório clínico e farmácia, entre outros.
- "técnico-administrativo" é o nome atribuído ao grupo de funções que fornecem suporte às áreas-fim da instituição. Ex: Diretores Técnico de Divisão e de Serviços (Recursos Humanos, Planejamento e Controle, Biblioteca, Serviços Gerais), Assistente Técnico de Direção, e outros cargos destas estruturas.
- "operacional" é a designação ao grupo de funções nas quais são executadas tarefas desta natureza. Ex: Técnico de manutenção, técnico de biomatérias, técnico de biomecânica, auxiliar de gasoterapia, mecânico, eletricista, serralheiro, entre outros.
- "informática" . Ex: Analista de suporte, analista de sistemas, operador de computador, técnico de teleprocessamento, etc.

Tendo em vista a futura definição das faixas salariais, o hospital estabeleceu uma metodologia própria para a definição e ponderação de fatores de avaliação dos cargos. Concluído este trabalho, a cada cargo foi atribuído um número de pontos. Em uma etapa posterior, agruparam-se os cargos por intervalos de pontos e por tipo, para se compor as faixas salariais.

O intervalo de tempo mínimo permitido entre duas ações que determinem aumento salarial é de dois anos. Além do enquadramento salarial, os funcionários, têm direito a três tipos de adicionais: por tempo de serviço, por atividade especializada e por titulação

universitária. O último item nunca foi aplicado. "Há duas tabelas de cargos e salários, já fazem dois ou três anos: uma para Diretor Normal e outra para função acadêmica. Disseram coisas que não aconteceram e a carreira acadêmica foi uma desilusão. Acho que existe conflito entre a carreira acadêmica e a administração".

Neste documento também estão escritas as normas e procedimentos do PCSI a saber: normas para alteração e criação de cargos, norma para preenchimento de vagas, norma para movimentação interna de pessoal, norma para concessão de mérito, norma para concessão do adicional por tempo de serviço, norma para concessão de adicional por titulação universitária e norma para concessão de adicional por atividade especializada.

Uma pessoa apresenta a crítica que é feita correntemente a esta lógica de compensação: "A instituição, apesar de orgulhar-se por ser multiprofissional, na prática separa o pessoal...Eu compreendo a lógica empresarial que está por trás deste plano mas não acho certa a forma de comunicá-lo. Não foi transparente, como se todos fossem tontos, burros. Sei que o período de formação de um cardiologista é longo (9 anos) e que sua reposição é difícil. Que a reposição de uma enfermeira dá muito trabalho, enquanto as outras categorias profissionais têm excedentes no mercado de trabalho. Também sei que há pressão diferenciada por categoria profissional, porque alguns têm um sindicato forte, que consegue melhores benefícios do que os demais. Mas me traz desconforto esta diferenciação entre as categorias. Parece que existe um discurso diferente da prática, já que no discurso todos são importantes".

É prevista a atualização periódica das faixas salariais e os mecanismos individuais de progressão da faixa. As amplitudes previstas de variação salarial não são apresentadas por escrito, sendo referidas nos depoimentos a seguir: "Tem-se como referência de mercado os hospitais de primeira linha de São Paulo, tais como Einstein, Samaritano, Oswaldo Cruz e Sta Catarina. A diretriz básica é estar 10% acima da média de mercado destes hospitais. A faixa tem amplitude de 57%, condicionada a avaliação de desempenho e tempo de cargo". "A proposta é estar na média de mercado, considerando por mercado o Sirio, o Einstein, a Santa Casa, o Hospital do Coração e o Santa Marcelina".

"São 2000 cargos e 2600 funcionários. Fazemos o enquadramento simulado para eliminar a disparidade salarial entre HC e Fundação. Fizemos a pesquisa de mercado há cerca de dois meses, mas não a utilizamos por julgar que as estruturas não são comparáveis. Por exemplo, somente no InCor existe o técnico em perfusão". É provavelmente a este trabalho que se referem duas outras pessoas." A Price Waterhouse fez uma pesquisa para ajustar salários e pediu para avaliar a minha área. Não vi os resultados e o trabalho somente serviu para descrever atribuições, que foi o resultado da

entrevista. Aí cada um fez o manual da sua área". "A Price Waterhouse fez um levantamento e até hoje esperamos pelos resultados".

Se de um lado existe um certo investimento institucional no tema, de outro há um argumento reincidente: a proibição de se falar em dinheiro. "No InCor é proibido falar em dinheiro". "Este tema ocupa muito as pessoas que falam continuamente de dinheiro. Mas a reivindicação fica por debaixo do pano, tudo corre na rádio corredor".

Uma primeira análise da folha de pagamento de outubro revelará alguns dados numéricos que permitirão dimensionar a complexidade da questão recursos humanos neste hospital. O total de funcionários era de 2520 pessoas, das quais 956 (38%) mantinham contrato de trabalho exclusivo com a Fundação. A correlação entre tipo de função e tipo de relação de trabalho poderá ser verificada na tabela a seguir.

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DO INSTITUTO DO CORAÇÃO,
SEGUNDO TIPO DE FUNÇÃO E DE RELAÇÃO DE TRABALHO, EM OUTUBRO
DE 1995.

FUNÇÃO	TOTAL	%	HC + FEJZ	%	FEJZ	%
médico	368	14	165	45	203	55
apoio médico	1192	47	900	75	292	25
administrativo	646	26	365	56	281	43
operacional	66	3	54	82	12	18
informática	26	1	10	38	16	62
não informada	222	9	70	32	152	68
TOTAL	2520	100	1564	62	956	38

Fonte: Folha de Pagamento processada pela Divisão de Informática.

Ressaltam-se novamente algumas circunstâncias que podem remeter à leitura incorreta dos dados apresentados:

- entre a categoria médica há profissionais que têm seu vínculo de trabalho com a Faculdade de Medicina. Não há controle específico pelo Instituto do Coração deste tipo de vínculo e remuneração. É possível que este grupo esteja inserido nas 203 pessoas remuneradas 'exclusivamente' através da Fundação;
- tratando-se de serviço público, ocorrem situações de profissionais comissionados, em todos os tipos de cargos. Este tipo de relação de trabalho permite que a pessoa receba remuneração proveniente de outra organização pública de saúde. Também não há controle sistemático pelo InCor deste tipo de vínculo e remuneração, sendo também possível que esteja incluído no total de funcionários remunerados pela Fundação.

TABELA 12

CORRELAÇÃO ENTRE TIPO DE FUNÇÃO, SOMATÓRIA DE REMUNERAÇÃO E SALÁRIO MÉDIO EM OUTUBRO DE 1995.

FUNÇÃO	TOTAL	% TOTAL	TOTAL \$	%TOTAL	SAL. MÉDIO*
médico	368	15%	1013461	34%	3025
apoio médico	1192	47%	1195209	40%	1003
administrativo	646	26%	452318	15%	703
operacional	66	3%	52194	2%	791
informática	26	1%	56143	2%	2159
não informada	222	9%	200007	7%	
TOTAL	2520	100%	2969332	100%	1196

Fonte: Folha de pagamento processada pelo Serviço de Informática.

* Calculado a partir da média aritmética da somatória da remuneração total recebida, excluindo-se os registros com remuneração total igual a 0 (37).

TABELA 13

COMPARAÇÃO DA SOMATÓRIA DE REMUNERAÇÃO PRATICADA PELO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (H.C.) E FUNDAÇÃO ZERBINI (F.E.J.Z.) POR TIPO DE CARGO, EM OUTUBRO DE 1995.

FUNÇÃO	TOTAL R\$	% TOTAL	TOTAL HC	% FUNÇÃO	TOTAL FEJZ	% FUNÇÃO
médico	1013461	34%	182655	18%	830807	82%
apoio médico	1195209	40%	386003	32%	809206	68%
administrativo	452318	15%	98366	22%	353952	78%
operacional	52194	2%	13848	27%	38347	73%
informática	56143	2%	5654	10%	50489	90%
não informada	200007	7%	32962	16%	167045	84%
TOTAL	2969332	100%	719488	24%	2249846	76%

Fonte: Folha de Pagamento processada pelo Serviço de Informática.

Foi mencionado, durante as entrevistas, um índice de desligamento de 0,5% ao mês, que determinaria um turnover de 6% anuais. A correlação entre tempo de casa e tipo de função permite a confirmação de que a rotação de pessoal é baixa. 64% do quadro de funcionários trabalha há mais de cinco anos na organização e cerca de 3% das pessoas têm menos de um ano de vínculo no hospital.

TABELA 14
DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DO INSTITUTO DO CORAÇÃO,
SEGUNDO TEMPO DE CASA E TIPO DE FUNÇÃO, EM OUTUBRO DE 1995.

FUNÇÃO	TOTAL	< 1 ano	% função	1- 2 anos	% função	2-5 anos	% função	5-10 anos	% função	> 10anos	% função
médico	368	8	2%	57	15%	102	28%	78	21%	123	33%
apoio médico	1192	28	2%	135	11%	214	18%	367	31%	448	38%
administrativo	646	25	4%	79	12%	137	21%	210	33%	195	30%
operacional	66	2	3%	2	3%	11	17%	10	15%	41	62%
informática	26	0	0%	2	8%	7	27%	12	46%	5	19%
não informada	222	6	3%	30	14%	66	30%	93	42%	27	12%
TOTAL	2520	69	3%	305	12%	537	21%	770	31%	839	33%

Fonte: Folha de Pagamento processada pela Divisão de Informática.

O número total de ocupantes de cargo de chefia, segundo esta folha de pagamento, é de 288 pessoas, o que corresponde a 11% do quadro de funcionários.

TABELA 15
DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DO INSTITUTO DO CORAÇÃO,
SEGUNDO TIPO DE FUNÇÃO E OCORRÊNCIA DE CARGO DE CHEFIA, EM
OUTUBRO DE 1995.

FUNÇÃO	Frequência	CHEFIA (frequência)	CHEFIA (%)
médico	368	42	11%
apoio médico	1192	82	7%
administrativo	646	106	16%
operacional	66	13	20%
informática	26	7	27%
não informada	222	38	17%
TOTAL	2520	288	11%

Fonte: Folha de Pagamento processada pela Divisão de Informática.

Assim como nenhum dos entrevistados vê qualquer problema na estrutura e na proporção de cargos, não se verificou qualquer crítica quanto ao baixo índice de giro de pessoal. "Não vejo problemas no baixo turnover nas diretorias, não me percebo cristalizada. Considero o turnover entre os níveis técnicos normal, já que um hospital-escola é utilizado para a formação de pessoal. Acho que os motivos de saída são preponderantemente de ordem pessoal". "A baixa rotatividade não implica em baixa renovação. O Diretor Executivo sempre exige coisas novas e também os problemas encontrados sempre exigem novas soluções".

São vários os motivos mencionados para este alto índice de retenção de pessoal. "Por que o turnover é baixo? Porque é bom ser profissional do InCor, é como se fosse um carimbo no passaporte, isso denota competência. Porque ainda em algumas áreas a carreira do funcionário público é mais atrativa do que o setor privado. Porque a administração pública está se profissionalizando. Porque é possível fazer bicos ou alavancar negócios próprios enquanto se trabalha no setor público". "O Instituto é tão bom que impede o turnover das pessoas qualificadas".

Quando se contabiliza o tempo de exercício de posições estratégicas, conclui-se que, com raríssimas exceções, as pessoas estão na mesma posição há mais de doze anos. Um especialista em recursos humanos apresentou o seguinte argumento: "Sobre a questão do tempo sob a mesma liderança, não se pode dizer que seja bom, nem que seja mal. É necessário que se avalie a qualidade dessa liderança. Há áreas em que o próprio líder está mudando, está renovando o seu estilo... Há um impacto na organização relativo à inteligência disponível que não está sendo plenamente utilizada. Antigamente se valorizavam as pessoas que permaneciam em uma organização por longo tempo e se fazia um discurso para validar essa posição. Hoje se valoriza o contrário e se valoriza a pessoa que busca novos desafios, que supera dificuldades e faz-se todo um discurso para justificar esta outra posição. Ou seja, isso tudo depende do dinamismo da organização e das características da pessoa".

O desligamento costuma seguir uma dinâmica própria, já que se tratam de dois vínculos de trabalho. Como servidores do Estado, verifica-se a estabilidade, ou seja, a demissão só pode ocorrer através de pedido ou por justa causa. Mas o vínculo paralelo à Fundação permite uma outra sequência de passos. Verifica-se a existência de pressão para o desligamento através da ruptura do vínculo de trabalho com a Fundação. Esta prática determina a solicitação de transferência para outra unidade, ou o pedido de desligamento posterior com o vínculo público.

As ações trabalhistas referem-se normalmente a horas extras. Este diagnóstico determinou o desenvolvimento de um processo de auditoria de frequência.

Na esfera de administração de pessoal destaca-se o problema do "absenteísmo vinculado a atestado médico. São 37 pessoas por mês". Interessante notar que o

Manual da Divisão apresenta uma descrição detalhada dos tipos de registro de ponto, dos tipos previstos de ocorrência, entre atrasos, faltas, saídas antecipadas, com categorização de conduta por tempo desta ocorrência. Este conjunto detalhado de normas é atribuído à influência da administração pública. "Tratam-se de regras vindas do H.C. na tentativa de fazer as pessoas trabalharem. Todos estes procedimentos implicam em grande tempo de tomada de decisão e alocação de várias pessoas para controle de frequência e solicitação de alterações, justificativas e problemas deste gênero. Cerca de cinco pessoas da área de RH lidam específica e unicamente com o tema frequência, além dos funcionários espalhados em todos os serviços".

O programa de benefícios contém itens de natureza variada. O primeiro e, pode-se dizer histórico, benefício é a concessão da **cesta básica**, que costumeiramente é mencionada nas entrevistas em virtude do significado adquirido durante o seu processo de implantação. Em 1985, antes da inclusão deste benefício como direito legal, os funcionários mobilizaram-se para providenciar uma 'sacola' que contivesse os elementos básicos de alimentação. Chegaram inclusive a constituir uma Comissão de Alimentação. Há informações de que, em 1989, foi dobrada a composição dos itens. Atualmente seguem-se as prescrições legais, tanto na distribuição deste benefício, como no que diz respeito aos **vales-refeição**, sob o argumento de que "não damos mais porque respeitamos o Estado".

Antes da exigência legal do **vale transporte**, que é atualmente fornecido, o InCor praticava um sistema de distribuição de passes e de talões de zona azul. "Provavelmente entre 1985 e 1986 suspendeu-se a concessão de zona azul para as pessoas que não tinham estacionamento no edifício".

Apesar de ser prevista por regulamentação, a **creche H.C.** apresenta-se como um benefício legal que não é cumprido. "A Fundação apenas reage à demanda, praticando a política de devolver na forma de auxílio. Está prevista uma creche no prédio novo".

O **auxílio funeral** é um benefício iniciado em 1992 a partir de iniciativa do Serviço Social, em função da procura de funcionários em situação de morte na família.

Há um conjunto de benefícios que, segundo as informações dos depoentes, foram iniciados antes de 1986 e nunca foram alterados e compreende:

- **distribuição de material escolar** - é realizada para funcionários do nível operacional, auxiliar e técnico com filhos de 03 a 15 anos.
- **distribuição de brinquedos de natal** - é destinada para filhos de funcionários do nível operacional, auxiliar e técnico com filhos de 0 a 10 anos . A Seção de Benefícios escolhe e distribui brinquedos nesta oportunidade.
- **cesta de natal** - é concedida para todos os funcionários.
- **uniformes** - destinados aos funcionários do nível operacional, auxiliar e técnico

Informou-se também que o hospital presta **assistência jurídica** para funcionários. Tratam-se de casos da área civil e familiar. O jurídico, segundo entrevista, já forneceu orientação em cerca de 500 processos, que incluem casos de separação, de reconhecimento de paternidade, além de outros.

No ano de 1995, houve dois tipos de empréstimo em taxa subsidiada, um deles destinado ao uso pessoal, suspenso após quatro meses de sua implementação, e outro para compra de equipamento ou material de informática, também cancelado, depois de três meses de vigor. Posteriormente, ainda neste ano, foi divulgado o programa de auxílios e empréstimos - PAE, com o objetivo específico de **reembolso de mensalidade escolar** a partir de 1996. Neste programa foi previsto o reembolso mensal equivalente a 80% do valor da matrícula e mensalidades efetivamente pagas, limitado a R\$ 150, para filhos de funcionários com idade entre 7 e 17 anos, matriculados em escola privada de 1o. ou 2o graus, no ano de 1995, desde que continuem em 1996. A decisão de limitar-se o período de matrícula ocorreu "para não incentivar a migração".

Em 1996 a Fundação E.J. Zerbini e o InCor, efetivaram a compra de um plano de **aposentadoria privada** aos funcionários da organização. Segundo este programa, o funcionário contribui com 50% do pagamento e a Fundação com outros 50% "para a formação de um fundo que garantirá uma renda no valor de, no máximo, 70% do salário atual, menos o INSS, limitado a R\$ 7000". Trata-se de benefício opcional.

Em análise conjunta com o responsável pela área de Recursos Humanos, teceram-se algumas considerações referentes aos planos de benefícios:

1. A lógica da concessão de benefícios é a assistência. Tem como discurso básico "ajudar na necessidade". Normalmente, o estímulo inicia-se a partir da demanda social, detectada pelo Serviço Social. O programa de benefícios passa posteriormente a ser competitivo no âmbito hospitalar porque nenhuma organização pratica. O estudo da prática no mercado não integra obrigatoriamente o processo de análise anterior à implementação
2. A diferenciação ocorre para atenuar diferenças, para aplacar conflitos. Os benefícios são diferenciados "para menos", isto é, todos ganham cesta básica e transporte, os funcionários de nível médio e operacional, além dos anteriores, ganham material escolar, brinquedos, uniforme.

Em algumas entrevistas, a área de benefícios é vista como um grande avanço da organização. "A Unidade de Benefícios melhorou ao longo do tempo. melhorou a assistência médica, está fazendo previdência".

6.6.2.2. Aspectos de desenvolvimento de R.H.

Segundo o Manual, o ingresso do não médico deve ocorrer através do Setor de Seleção, mesmo nas circunstâncias em que houver indicação, através de concurso H.C. ou por processo seletivo da Fundação Zerbini. Dá-se preferência ao recrutamento interno, cabendo à chefia liberar o funcionário para candidatar-se e liberá-lo caso aprovado. "O Concurso Público organizado pelo HC é feito a partir das exigências estabelecidas pelos perfis dos cargos estipulados no InCor, o que torna o concurso bastante dirigido. As etapas prevêm provas teóricas, entrevistas técnica e psicológica. O pessoal contratado pela Fundação é obrigado a prestar o concurso quando ocorre e comumente são os primeiros colocados". Após o ingresso, o recém-admitido é acompanhado durante o período inicial na perspectiva de "verificar se cabe a efetivação ou o encerramento do contrato...é muito raro o desligamento após o período de experiência".

A área de Seleção normalmente é vista como um importante serviço auxiliar. Não surgiram críticas. Vários depoentes afirmam que o processo que conduz à aprovação de uma contratação é essencialmente burocrático. "O diretor de RH é usado para esclarecer se existe a vaga ou não. E para problemas burocráticos". A grande crítica refere-se a um processo excessivamente burocratizado que determina um tempo médio para o preenchimento de vagas de três meses. A lentidão do processo é atribuída às exigências formais. Observou-se exclusivamente que a seleção de RH teria como objeto único de atuação os cargos básicos, sendo considerada apenas formal sua participação nos cargos maiores.

É responsabilidade formal do Setor de Treinamento e Desenvolvimento de RH definir os objetivos e coordenar todos os programas de treinamento para os não médicos. O setor também é responsável pela elaboração dos programas de integração institucional, "que contribuem para a formação da identidade complexa do servidor do Instituto, pela dupla identidade de seu empregador, tanto do setor público, como do setor privado", além de assessorar "a integração dos recém-admitidos na sua área ou setor de atuação".

As ações de treinamento e desenvolvimento de pessoal são provenientes de diversas fontes. É evidente a prioridade institucional no sentido de que diretores, gerentes e substitutos participem do Curso de Especialização em Administração Hospitalar organizado pelo PROHASA, órgão vinculado à Superintendência do Hospital das Clínicas. Mencionou-se a conclusão deste curso por 120 a 130 profissionais do InCor. Simultaneamente, existe o CFACS, Centro de Formação e Aperfeiçoamento em

Ciências da Saúde, órgão também vinculado à estrutura do Instituto do Coração, como alternativa de cursos para formação e atualização profissional para pessoal de nível médio. "Vejo a tendência que o Centro de Formação assuma algumas atividades de treinamento". Importa lembrar que, paralelamente, o Serviço de Relações Públicas organiza eventos, dos quais participam médicos e não médicos (preponderantemente médicos). Há menção de cursos técnicos oferecidos por fornecedores.

Assim, o Serviço de Treinamento e Desenvolvimento responde por uma parcela das atividades deste campo. Inexiste um registro de informações que permita uma adequada apresentação dos dados referentes às ações de treinamento e desenvolvimento, bem como ao volume total de investimento, à relação entre investimento e volume total da folha, ou ainda à distribuição do investimento por tipo de cargos, entre outras possibilidades.

O programa do Serviço de Desenvolvimento apresentado no Manual da Divisão compreende atividades de ensino, de treinamento e de reciclagem, e de desenvolvimento propriamente ditas, tendo por objetivo que "a pessoa sinta-se participante de um trabalho significativo que integra corpo, desejo, conhecimento e ação, convergindo para a missão da organização".

Entende-se por ensino "o resgate da escolaridade básica, bolsa de estudos e coordenação de programas de pós-graduação". O resgate da escolaridade básica é integrado por um conjunto de iniciativas articuladas. O plano de alfabetização do adulto permite a obtenção do certificado de 4o. ano primário. O reforço de aprendizagem auxilia para que o funcionário possa prosseguir nos estudos de 1o. grau. "Trata-se de trabalho artesanal realizada por uma professora da prefeitura do município de São Paulo que presta serviços no InCor. A idéia básica deste projeto é acabar com o analfabetismo, o que se fez trabalhando com os funcionários contratados nesta condição e evitando a admissão de novos analfabetos. Os únicos critérios são: a disponibilidade de tempo da professora e o interesse do aluno. Mais de 130 pessoas foram atendidas por este sistema". Paralelamente era oferecido o programa Supletivo em primeiro e segundo graus, coordenado pelo Serviço de Desenvolvimento, mas "este sistema parou em 96 por não ter mais sentido, devido à queda na demanda".

Há um orçamento alocado para a concessão de bolsas de estudos, que representam um auxílio entre 30 e 80% do custo do curso, após análise da pertinência do curso à atividade desenvolvida pela pessoa na organização. Nestes casos são previstos requisitos básicos, tais como termo de compromisso de permanência na organização por dois anos após conclusão do curso. Importa esclarecer que os funcionários alunos de 1.º e 2.º. graus recebem ressarcimento automático de 80% do custo.

Em algumas opiniões omitidas são levantados aspectos de interesse: "a qualidade do serviço de RH é boa, apesar de somente contar com a possibilidade de gastar US\$

2mil (dois mil dólares) por mês. Acho que falta investimento em treinamento. Seria bom que se fizesse um relatório após o treinamento, para que fosse avaliado o seu resultado". "Não existe estrutura de treinamento, critérios claros de investimento. Quando você quer uma bolsa de estudos, você manda papel". Um depoente analisa: "o funcionário do InCor começa aprendendo durante 2 ou 3 anos. A partir daí ele passa a se estabilizar, se desmotiva". O discurso taxativo de outro entrevistado imprime uma diferente interpretação do tema: "treinamento é o de menos. O que importa é o funcionário ganhar bem, porque assim ele se torna educado".

Arelada ao Serviço de Treinamento e Desenvolvimento, está a Comissão de Avaliação de Desempenho. Grande parte dos entrevistados não percebe o trabalho desta comissão. "No processo de avaliação, não percebo avanço significativo".

Quanto ao tema carreira, menciona-se uma proposta inicial de um processo participativo para a elaboração de um plano de carreira que teria ocorrido alguns anos atrás. "Houve uma idéia de abrir ampla discussão sobre o plano de carreira, que foi realizado e entregue fechado, de modo taxativo". Nem todos reconhecem a existência deste plano, pelo tipo de conteúdo presente: "não existe plano de carreira, as pessoas só têm chance de crescer no sentido vertical, não há movimentação horizontal".

6.6.2.3. Assistência à saúde do servidor

O Serviço de Saúde, ainda segundo o manual, tem por finalidade "o desenvolvimento de programas que visam a oferecer aos servidores do InCor serviços de diagnóstico e tratamento por meio de ações de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, favorecendo os campos de pesquisa e ensino, prestados por equipe multidisciplinar". Neste documento ainda é apresentado um programa de atividades deste serviço que inclui: consultas de rotina com clínico ou ginecologista, regularização de licenças médicas ou faltas por doença, controle de cirurgias programadas, distribuição de medicamentos (servidor recebe, se a consulta for lá), distribuição de medicamentos psicotrópicos (desde que o servidor apresente receita especial), atendimento de assistente social, atendimento de psicologia, atendimento de enfermagem e ambulatório de especialidades básicas. Paralelamente, "está sendo idealizado, há alguns anos, o plano de saúde auto-gestão, que prevê que o H.C. seja o fornecedor de serviços de saúde, com participação do InCor. Seria um tipo de seguro de saúde praticado no complexo H.C. Estamos enfrentando vários tipos de dificuldades para sua implantação".

6.6.2.4. Aspectos qualitativos

Inexistem formas estruturadas de levantamento da percepção dos funcionários, através de pesquisa de satisfação, de clima organizacional ou de expectativas em relação à gestão de recursos humanos.

O primeiro e único trabalho com este objetivo foi realizado em 1987, quando levantaram-se dados junto a cerca de 300 pessoas, sem que posteriormente fossem apresentados publicamente os resultados. Há menção da existência de relatórios de entrevistas de desligamento, entrevista de pedido de transferência e do serviço de psicologia para o funcionário como fontes alternativas de coleta de dados sobre o clima organizacional. Este tipo de documento não foi solicitado por vários motivos de ordem técnica. No Programa InCor de Qualidade ocorreu a apresentação de um trabalho sobre o perfil da população de funcionários do InCor, onde são traçadas características sócio-econômicas, úteis para o planejamento de benefícios.

Neste item destacam-se aspectos absolutamente subjetivos abordados durante o conjunto das entrevistas e que dizem respeito às indagações do presente trabalho.

"Falar da Gestão de Recursos Humanos é um sonho distante". Claro está em grande número de entrevistas que as expectativas de atuação da área de Recursos Humanos compreendem três preocupações básicas. A assistência ao funcionário, o processamento operacional de salários e benefícios e alguns aspectos de seleção, educação e treinamento de pessoal não médico. "Sua atuação básica é organizar a seleção de pessoal, amparar os funcionários e auxiliar para que se crie um ambiente favorável para o desenvolvimento das atividades do Instituto". "A escola vê a educação do pessoal operacional. Aqui o ordenado é acima da média, a saúde se estende para toda a família do empregado, tem seguro de vida, e mais alguns benefícios. Tem funcionário que entra sem saber ler. Hoje são todos alfabetizados, muitos estão terminando o ginásio (não me lembro mais como chama agora). Há alguns exemplos de funcionários que fizeram toda educação até o curso técnico aqui. Tem escola e tem bolsa de estudos". Indagada sobre sua expectativa em relação ao papel de recursos humanos, uma profissional respondeu objetivamente: "que admita o pessoal ... - interferir eu não deixo. Ele não vai mandar aqui!".

A percepção corrente é tratar-se de uma função operacional, que não integra a discussão da estratégia ou da estrutura da organização. "Minha expectativa em relação a RH é que se tenha um controle sobre a Administração de Pessoal". Também não participa da definição das necessidades de pessoal, pois "nos diversos planos estão

contidas as necessidades de pessoal, que são por eles catalogadas e orçadas". "Só utilizo o serviço de seleção pró-forma, o RH não interfere no meu planejamento e também não utilizo o serviço de treinamento. A ligação entre RH e qualidade é exclusivamente operacional". "Ainda é uma área absolutamente operacional que enfrenta grandes problemas para a reposição de pessoal".

Em decorrência desta demanda, a Área de Recursos Humanos assume o papel de controle frente a decisões tomadas anteriormente. Responde pela emissão de contracheques e pela seleção de pessoal. "Para mim RH é férias, RH é carreira". "Não sei o que RH faz, não percebo RH". "A Divisão de RH é uma divisão burocrática: é papel, férias, hollerith". "Na minha visão, RH é alguém que vai mandar o aviso de férias, o contracheque". "Não tem credibilidade, é o RH do 'não pode'".

Há quem perceba que a área "tem uma alçada limitada, subordinada à direção" e que a existência de uma gestão centralizada, confere à área um pequeno poder de influência. "RH não define, nem participa da discussão sobre estrutura". "O papel de RH é normativo. RH tem o papel de cumprir normas". "É tarefeiro como todas as áreas". "RH não tem posição sobre as coisas, tudo volta para o Diretor Executivo".

Alguns entrevistados atribuem à Área de Recursos Humanos duas esferas de decisão: salários e benefícios. Dentro desta expectativa, reconhece-se usualmente o esforço por se fazer o melhor trabalho possível e, simultaneamente, uma certa lentidão. "Ultimamente não vi avanço neles". "São alvo de críticas, RH estão a reboque". "Quando faz alguma coisa já é tarde demais. Somente cesta básica e vale transporte que vieram na frente. É uma área lenta". "E hoje o pessoal está insatisfeito com a política salarial. O número de funcionários é maior e menos integrado. Nem há ferramentas para avaliar o desempenho do hospital". "Acho que deveria organizar premiação, pois é um jeito de agradar e todo mundo melhorar. Também deveria agitar mais. Não é só dizer não pode, vamos incentivar. Tudo bem que no final do ano dá prêmio para filho de funcionário, mas os funcionários vêem RH parado, você vai receber férias e 13º. Vamos mostrar o que RH faz ...Que eles olhem o funcionário. É só cobrança, não vejo retorno monetário. Por isso que eu falo que talvez o RH tenha que mudar neste ponto. Além do retorno monetário, é importante ter incentivo: funcionário padrão, o prêmio nem sempre precisa ser em dinheiro, pode ser uma homenagem, como por exemplo dar um prêmio e divulgar o que a pessoa fez e porque ela ganhou aquele prêmio".

Paralelamente se evidencia a expectativa de que RH satisfaça e represente o interesse do funcionário. "RH não está com os funcionários, eles não são ouvidos". "Eles precisam melhorar e avançar no tempo - o funcionário é que foi na frente. Há outras coisas que precisariam melhorar, não é só cobrança, chegar na hora e bater o ponto. Precisa melhorar na qualidade".

Apesar da existência de diversos manuais, fala-se de uma transmissão de normas que não é clara. "É um problema para o InCor, a política não é clara". "Não se tem acesso à política de RH". "Não se trata de um manual que diga o que é permitido ou não, e sim uma discussão mais profunda dos direitos, com disponibilização de horário de trabalho para este fim". Nesta entrevista citou-se como exemplo a utilização do rodízio na jornada de trabalho e concluiu-se: "as pessoas não têm noção de direito e por isso eu vejo a necessidade de promover debates institucionais. Percebo uma escravidão para a sobrevivência".

A sensação de escravidão surgiu assim como outro tema recorrente. "Agora tem RH muito bem estruturado. Melhorou o apoio ao funcionário, tem um diretor capacitado. Mas segue a linha dura da Fundação que, porque paga complementação, só falta fazer de você um escravo". "E outra coisa é esse negócio de se sentir escravo. Antigamente a gente se sentia integrante do desenvolvimento do InCor, discutia casos de paciente, tinha tempo para pensar". "É como se dissesse que você está aqui para trabalhar, e só!". A percepção de escravidão é ratificada pela discriminação de tratamento entre médicos e funcionários, que foi objeto de um acalorado depoimento: "funcionário, se não tiver crachá, não pode trabalhar - médico entra sem crachá; funcionário só entra por uma porta específica - médico entra por onde quer; funcionário é submetido a revista na portaria - médico não".

7. Análise

7.1. O Brasil como pano de fundo: Política e planejamento organizacional

A lógica inicial transmitida pelos fatos e depoimentos é de que o alcance do objetivo de construir um hospital público e universitário significava a concessão de verbas pelas autoridades a determinada associação de interesses privados. Pode-se depreender esta conclusão pelas reações à decisão governamental, ocorrida em 1949, de "dar ao Dr. Dante Pazzanese o Instituto de Cardiologia". Ela não parece ter proporcionado a articulação de esforços da liderança da cardiologia paulista para que o Instituto aprovado viesse a cumprir os objetivos de ensino, pesquisa e assistência, como função pública. As entrevistas demonstram que o futuro equipamento público foi entendido como a vitória de uma facção, ocasionando a formação entre os vencidos de dois sub-grupos: de um lado, aqueles inconformados e revoltados com a decisão, não dispostos a assumir qualquer responsabilidade no hospital aprovado; de outro lado, alguns profissionais tidos como "entreguistas", que compuseram a equipe do novo hospital.

Em uma abordagem platônica, poder-se-ia afirmar que, se o objetivo primário fosse público, da necessidade social de oferta de serviços, provavelmente percebe-se-ia a associação dos grupos para construir o novo Instituto, tendo em vista a utilização conjunta deste recurso pelas diferentes escolas médicas. Uma vez implantado o serviço e alcançado o seu pleno funcionamento, seria efetivada uma análise da demanda e oferta de serviços na região de referência e posterior estudo sobre a necessidade e prioridade da construção de mais um equipamento público destinado à assistência, ensino e pesquisa no âmbito da cardiologia.

Aparentemente, o interesse comum de "construir um Castelo no seu principado" manteve a articulação dos cardiologistas ligados à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O discurso da necessidade social ou epidemiológica é de difícil sustentação. Apesar de tratar-se de grupo portador de todo o aparato científico necessário para demonstração da prioridade de investimento em cardiologia, em nenhum momento surgiu a evidência de algum estudo acadêmico sobre a demanda e oferta de serviços da especialidade. Também não foi localizada qualquer análise de reforma para utilização das instalações existentes do Hospital das Clínicas, nem estudo sobre necessidade de expansão deste hospital em qualquer de suas esferas de atendimento. Estes fatos indicam a predominância dos interesses dos grupos médicos envolvidos na questão. Há a alternativa de que a observação do fluxo cotidiano de pacientes às clínicas

médicas em funcionamento induzisse à conclusão da necessidade da oferta de novos serviços. Mas os profissionais envolvidos, apesar de capacitados e municiados para fundamentar seu pedido através desta demanda, não optaram por esta trilha.

Destaca-se por conseguinte que a pressão dos grupos demonstra ter sido independente de qualquer lógica sanitária, em termos de sistema de saúde. Provavelmente resultava da dinâmica entre as várias correntes da academia, representada pela Faculdade de Medicina, na luta por posições de maior prestígio e evidência. Tanto é que os depoimentos trazem o conceito de "reinado", de Instituto de Ortopedia como modelo de referência, de período em que havia a idéia de "muitos institutos".

Frustrada a iniciativa em 1949, aquele grupo de cardiologistas interessado na construção do "seu Instituto" não fez menção, em nenhuma entrevista, a qualquer debate no sentido de concretizá-lo nos moldes de empreendimento privado. Nota-se que, originalmente, a idéia do "Instituto" não é entendida como iniciativa empresarial. Apesar de ser decidida a alocação de recursos em outra prioridade, pela autoridade pública da época, o comportamento manifesto foi de articulação na expectativa de outra oportunidade para viabilizar o seu interesse, a ser financiado por recursos públicos.

Quinze anos depois, surgiu a esperada oportunidade. A identificação entre os interesses deste grupo e do Governador Adhemar de Barros foi apresentada textualmente. A estratégia passou pela formação de grupo de pressão, composto por representantes da Academia, portadores do "mais autêntico interesse científico", que, desprezando a apresentação de qualquer estudo fundamentando a necessidade do hospital almejado, a sua projeção de custos ou esboço da dimensão do investimento pretendido, agendou audiência com a autoridade máxima do estado. A divulgação do decreto ocorreu em um dia de Natal, quando as organizações costumam manter padrões mínimos de atividades. Ou seja, no apagar das luzes de 1963, a aprovação daquela que viria a ser a maior obra pública do Estado de São Paulo foi divulgada no Diário Oficial do Estado.

Em dezembro de 1963, Janio Quadros já havia renunciado e João Goulart, eleito como vice-presidente, exercia a função de chefe de Estado, com plenos poderes, recuperados através de um plebiscito nacional realizado em janeiro daquele ano. O Estado de Minas Gerais era governado por Magalhães Pinto, Rio de Janeiro por Carlos Lacerda e São Paulo por Adhemar de Barros. Existiam três grandes partidos: a UDN à direita, PSD centro e PTB esquerda. João Goulart pertencia ao PTB e demonstrava efetivamente tendências esquerdistas.

Após ter vivido uma "decolagem" coordenada por Juscelino Kubitschek, o Brasil não contava com recursos de infra-estrutura suficientes para manter o ritmo de desenvolvimento. Verificava-se alta taxa de inflação e desequilíbrio na balança de

pagamentos. Skidmore¹⁰⁰ relata que Jango tinha decidido engavetar um plano de estabilização elaborado por San Thiago Dantas e Celso Furtado, com aprovação do FMI, porque ele continha medidas impopulares, incompatíveis com o seu histórico populista e com a previsão de seu mandato, de mais dois anos. Em junho de 63, avaliando o custo do plano, o Presidente adotou uma nova opção, a estratégia do nacionalismo radical.

A tensão aumentou. O receio em torno dos planos do presidente generalizou-se em outubro de 1963, quando João Goulart pedira ao Congresso a decretação do estado de sítio, tendo retirado a solicitação três dias mais tarde. Evidenciava-se uma onda de greves e de violência de fundo político no país. A conspiração civil-militar crescia, enquanto as bases de apoio do presidente enfraqueciam-se.

Segundo Skidmore, "foi a relativa fraqueza das forças civis adversárias ao presidente que levaram oficiais de alto nível a concluir que somente sua intervenção podia salvar o Brasil de uma prolongada guerra civil"¹⁰¹. Para Cardoso¹⁰², a revolução de 1964, foi "um movimento inicialmente baseado na aliança entre setores "tradicionais" da classe média, organizados na Igreja, e nos Partidos com os setores designados "agro-latifundistas". Alves¹⁰³, em 1986, atribuiu a tomada do poder de Estado a uma "bem orquestrada política de desestabilização que envolveu corporações multinacionais, o capital brasileiro associado-dependente, o governo dos Estados Unidos e militares brasileiros - em especial um grupo de oficiais da Escola Superior de Guerra".

Se restam ainda dúvidas sobre o peso dos diversos fatores determinantes, não se discute que a revolução de março de 1964, protagonizada pelos militares brasileiros, inaugurou uma diferente etapa da história contemporânea do país.

Qual a visão de Estado associada ao pleito do grupo de cardiologistas? O que determinava a "impossibilidade" de ser colocada em discussão a idéia de construção do "seu Instituto" como atividade empresarial? Por quê o Estado deveria financiar uma iniciativa sem que houvesse qualquer estudo financeiro?

Os dados apontam para a visão de um Estado passível de ser penetrado por determinado grupo de interesses. Esta penetração se efetivaria através da conquista de um equipamento específico. Um Estado-autoridade, responsável pela provisão de serviços públicos, que permite, sem solicitar maiores esclarecimentos, que financia, sem saber quanto, ou para quê. Na realidade, a aprovação não parece ser concedida para quê, no sentido de finalidade social, mas para quem, no sentido do grupo que representa. Não se verifica a separação Estado-Sociedade, defendida pela visão liberal e seu dogma

¹⁰⁰ SKIDMORE, T. E. *Brasil: de Castelo a Tancredo, 1964-1985*. op. cit.

¹⁰¹ SKIDMORE, T.E. op. cit. pág. 44.

¹⁰² CARDOSO, F.H. *Notas sobre estado e dependência*. Caderno 11, CEBRAP, 1973.

¹⁰³ ALVES, M.H.M. *Estado e Oposição no Brasil (1964-1984)*. Trad. Clóvis Marques. 3ª edição, Petrópolis, Vozes, 1985. p.23.

da "harmonia espontânea", onde o Estado "deve abster-se de intervir na adequada auto-regulação social"¹⁰⁴, cabendo-lhe um papel vigilante. Tampouco evidencia-se o tipo de interrelação entre Estado e Sociedade surgida com a aparição do Estado Social, pois não é identificado qualquer elemento que traga a visão de uma conciliação tácita de interesses entre capital e trabalho, definidora do pacto social. O pacto dá-se entre lideranças de duas burocracias. De um lado a burocracia estatal e de outro a Academia, representada pelos professores da Faculdade de Medicina. Na qualidade de poder médico, a dominação ideológica efetivou-se sem necessidade de demonstrar a racionalidade do investimento. Cabe perfeitamente a noção de Cardoso¹⁰⁵ do entrelaçamento entre Estado e Sociedade, entre a visão tradicional de confronto entre público, vinculado à vontade geral ou ao bem comum, e privado, relacionado a interesses específicos atrelados ao poder econômico.

Aparentemente, a concepção isola-se de qualquer lógica de investimento, de limitação de recursos, de viabilidade financeira. Indica uma ciência acima do bem e do mal, dos elementos concretos para dimensionar e financiar uma obra. Algo que se justifica em si mesmo. A concepção de um instituto como atividade empresarial parece não ter sido debatida, pela associação direta que se fez entre o hospital proposto e a Faculdade de Medicina, o que demonstra que, se ela ocorreu em algum momento, foi imediatamente descartada. As inferências sobre os motivos de descarte são várias: o presumido alto investimento, em termos de construção e compra de equipamentos sofisticados, e a suposta baixa lucratividade derivada do escopo de um organismo destinado à pesquisa. Estas possibilidades são compatíveis com uma lógica de baixo risco, já que, se o Estado assumisse integralmente a operação, a possibilidade de perda econômica tenderia a zero.

E por quê os representantes do Estado assumiriam a operação? Os fatos indicam que esta assunção foi ambígua, pois a aprovação restringia-se a um papel, sem qualquer elemento concreto, tal como terreno ou orçamento. Caberia, por conseguinte, aos proponentes do projeto o empenho para a materialização dos seus objetivos.

O tema da apropriação da coisa pública surge novamente quando se analisa como ocorreu a concessão do terreno. Um acadêmico, respondendo pela administração pública, aconselha a doação de parte de um terreno de propriedade pública para a realização de uma obra aprovada nos termos anteriormente descritos. O governador Laudo Natel, sucedendo Adhemar de Barros, que havia sido afastado pelo governo militar por improbidade administrativa, sem revisão plena do processo, utilizou os

¹⁰⁴ MARTÍN, C.C. Democracia y derecho en la crisis del Estado social. *Sistema (Revista de Ciencias Sociales)* 118- 119: 63-77. 1994.

¹⁰⁵ CARDOSO, F.H. *Notas sobre estado e dependência*. op.cit. 1973.

mecanismos formais para conceder o terreno através da divulgação de novo decreto. Durante o governo Castello Branco mais nenhum passo foi dado.

O Governo Castello Branco utilizou dos mais variados elementos para centralizar o poder no Executivo, controlar a economia, na perspectiva de alcançar o modelo desejado de desenvolvimento do país e combater opositores, designados de "inimigos internos". Tratava-se do período da "guerra fria" e de um conjunto de idéias claramente anticomunistas, em que se percebia inserida a crença de um Brasil-potência mundial. A sustentação ideológica era fornecida pela Doutrina de Segurança Nacional e Desenvolvimento, difundida pela Escola Superior de Guerra, que tinha no General Golbery do Couto e Silva o seu teórico mais influente.

A tentativa de legitimação dos atos governamentais ocorria através da publicação de Atos Institucionais. Durante o governo Castello Branco foram baixados quatro Atos Institucionais, que acabaram por ser sintetizados, em grande parte, na Constituição de 1967. As medidas divulgadas almejavam o controle do Congresso, do Judiciário e da representação política. Do conjunto destas medidas destacam-se: a abolição dos partidos existentes, com conseqüente criação de dois partidos políticos; a figura legislativa do *decurso de prazo* (através da qual as propostas provenientes do Executivo poderiam ser aprovadas pelo Congresso, uma vez expirado o tempo de tramitação); a outorga da competência exclusiva ao Executivo sobre a legislação financeira ou orçamentária; transferência do Congresso para o Executivo do poder de decretar Estado de Sítio; suspensão da imunidade parlamentar e de garantias constitucionais de vitaliciedade e estabilidade; a instauração de inquéritos para apurar crimes contra o Estado, ordem política ou social, ou de atos de guerra revolucionária; cassação de parlamentares e de direitos políticos de qualquer cidadão por período de dez anos; eleição indireta para presidente, vice-presidente e governadores, e nomeação de prefeitos pelos governadores.

Estas medidas possibilitavam o acionamento do aparato repressivo para a invasão de entidades representativas, expurgos, prisão e tortura de presos políticos. Na tentativa de se legitimar o *status quo* por via eleitoral, praticou-se, a seguir, toda a sorte de manipulação política. A aplicação da cassação a parlamentares e intelectuais atingiu pessoas renomadas, como Juscelino Kubitschek, Celso Furtado e Josué de Castro. O excesso de arbitrariedades ocasionou a retirada de apoio de algumas entidades que haviam anteriormente aplaudido a iniciativa militar, como setores da Igreja e a Ordem dos Advogados do Brasil.

A condução da economia ficou a cargo de Roberto Campos, como Ministro de Planejamento e Otávio Gouveia de Bulhões, na posição de Ministro da Fazenda, que elaboraram o Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG). Tinham o objetivo de

reduzir o déficit do setor público, controlar o crédito privado e comprimir os salários¹⁰⁶. Segundo este plano, a redução do déficit resultaria do corte de subsídios e do aumento da arrecadação proveniente da introdução da correção monetária para o pagamento de impostos atrasados. Também foi lançada uma campanha de exportação, para diversificar produtos e aprovada uma lei que regulava os investimentos estrangeiros e a remessa de lucros. Paralelamente, "a compressão dos salários começou a ser feita pela fixação de fórmulas de reajuste inferiores à inflação. Ela veio acompanhada de medidas destinadas a impedir as greves e a facilitar a rotatividade da mão-de-obra, no interesse das empresas"¹⁰⁷. A criação do Fundo de Garantia pelo Tempo de Serviço data de setembro de 1966 e permitiu a eliminação da estabilidade no emprego após dez anos de serviço.

Skidmore¹⁰⁸ resumiu sua avaliação do desempenho do governo Castello Branco ressaltando a ocorrência simultânea da redução do índice inflacionário com o fracasso na recuperação do crescimento econômico. A tensão interna nas forças armadas, representada pelo antagonismo entre nacionalistas, moderados, ao qual pertencia Castello Branco, e os "linha-dura" foi objeto da atenção deste historiador, que atribuiu a Castello Branco a garantia da sucessão presidencial num regime constitucional "normal".

Até 1968 verifica-se que o Instituto aprovado resumia-se a dois decretos. Um de aprovação de uma obra virtual e outro de intercâmbio de terrenos entre duas entidades da administração pública. Foi somente a partir do primeiro transplante cardíaco, em 1968, que se verificou a conciliação de interesses entre esta parcela da corporação médica e a lógica governamental. A representação deste fenômeno foi esclarecida pelo convite para que o governador de Estado assistisse ao primeiro transplante cardíaco a ser realizado no país. De um lado o desenvolvimento científico nacional, de outro um governo militar sustentado na lógica de um discurso desenvolvimentista, de um Brasil-potência, com forte expressão no painel internacional. A realização do (por acaso) segundo transplante do mundo (porque poderia ter sido o primeiro) alimentava a ufanía necessária para legitimar o governo revolucionário.

O General Costa e Silva era o presidente do Brasil em maio de 1968. O ministério havia sido inteiramente reformulado, com a designação de militares para a maioria das posições, com exceção dos ministérios para a condução econômica, destinados a tecnocratas. Helio Beltrão assumiu a área de Planejamento e o Ministério da Economia

¹⁰⁶ FAUSTO, B. *História do Brasil*. 4ª. ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

¹⁰⁷ FAUSTO, B. op. cit. pág. 471.

¹⁰⁸ SKIDMORE, T.E. A lenta via brasileira para a democratização: 1974-1985. In: STEPAN, A. coord. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

foi destinado a Delfim Netto, proveniente da Universidade de São Paulo, que havia demonstrado sucesso como Secretário da Fazenda do Estado de São Paulo. Ele fazia um diagnóstico diferente das causas da inflação e defendia a tese da possibilidade de rápido desenvolvimento sem inflação. A nova política econômica incluía o controle de preços e um maior intervencionismo na política salarial, através da extensão das regras elaboradas para o setor público ao setor privado.

Emilio Garrastazu Medici foi designado Chefe do Serviço Nacional de Informações, substituindo o General Golbery. Em 1968 a oposição deu sinais de rearticulação, tais como as manifestações estudantis, movimentos operários em Contagem (Minas Gerais) e Osasco (São Paulo), além da organização da Frente Ampla, uma associação entre políticos cassados e exilados. A reação do aparato repressivo foi intensa e o compromisso de "humanização", veiculado no início do governo Costa e Silva, foi esquecido. Setores da Igreja aliaram-se aos reprimidos. A direita mobilizava-se. "Por trás dos bastidores, a linha dura atacava os moderados por terem subestimado a oposição"¹⁰⁹.

A tese de Maria Helena Moreira Alves¹¹⁰, sobre a existência de uma relação dialética entre estruturas de Estado e forças de oposição, de tal forma que as primeiras foram sendo progressivamente erigidas e desenvolveram-se, em grande parte, por reação às constantes e cambiantes pressões da oposição organizada, foi confirmada. Em dezembro de 1968, o governo proclamou um novo ato institucional, o AI-5, decretando o recesso indefinido do Congresso Nacional e estabelecendo a censura. Foi divulgado imediatamente após o voto do Congresso, que impedia o processo proposto pelos militares contra um parlamentar, Marcio Moreira Alves. Tratava-se do primeiro ato institucional sem limite previsto de duração.

Nos meses subseqüentes atos suplementares e decretos foram proclamados, na perspectiva de aumentar o controle executivo e militar. Deste modo foi realizada mais uma seqüência de expurgos no Congresso, fecharam-se assembléias estaduais em Estados como Rio e São Paulo, as forças militares e policiais passaram a ser controladas pelo Ministro da Guerra. Ministros do Supremo Tribunal Federal e professores universitários foram aposentados à revelia.

A seguir a oposição radicalizou-se, surgindo os movimentos de luta armada, desunidos entre si e protagonizados por ativistas políticos estudantis de classe média das cidades. Eles acreditavam na desestabilização do regime militar a partir da propagação de guerrilhas, iniciadas em 'focos' selecionados. "O silêncio forçado da oposição legal criou um vácuo que a oposição armada tentou ocupar"¹¹¹. O aparato repressivo contra-

¹⁰⁹ SKIDMORE, T.E. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. op. cit. pág. 161.

¹¹⁰ ALVES, M.H.M. op. cit. p. 28

¹¹¹ SKIDMORE, T. E. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. op. cit. pág. 171.

atacou de modo radical, utilizando, frente aos prisioneiros políticos, os instrumentos comumente aplicados na abordagem de criminosos comuns. A tortura progressivamente foi transformada em método de controle social.

Maria Helena Moreira Alves relata que o AI5 foi usado para cassar 113 deputados federais e senadores, 190 deputados estaduais, 38 vereadores e 30 prefeitos, além de ter aberto caminho para a descontrolada utilização do Aparato Repressivo. "O Estado de Segurança Nacional estava totalmente centralizado e isolado; o Estado corporificava-se no Executivo e a ele se circunscrevia. O Ato Institucional nº. 5 deu origem a um Leviatã, que o General Golbery do Couto e Silva antecipara em seus textos dos anos 50, um Estado hobbesiano que absorvia todo o poder."¹¹²

Avaliando o desempenho do governo Costa e Silva, Boris Fausto afirma: "Seria um erro supor, porém, que Costa e Silva tenha sido no poder um instrumento da linha dura. Levando em contas as pressões existentes na sociedade, estabeleceu pontes com a oposição moderada e tratou de ouvir os discordantes. Ao mesmo tempo, iniciou uma ofensiva na área trabalhista, incentivando a organização dos sindicatos e a formação de lideranças sindicais confiáveis. Os acontecimentos iriam atropelar essa política de liberalização restrita"¹¹³.

Enquanto isso, as medidas econômicas demonstravam-se eficazes para o alcance da meta de crescimento rápido. Um crescimento com incentivos fiscais às classes mais altas, controle e arrocho salariais e estímulo ao setor de bens duráveis, medidas que propiciavam a concentração da renda. Paralelamente, implementou-se uma gradual desvalorização da moeda.

Vítima de um derrame, Costa e Silva teve o seu cargo declarado vacante enquanto vivo e, após a tomada do poder por um triunvirato militar, Emilio Garrastazu Médici iniciou um novo mandato presidencial em 30/10/69. Manteve basicamente o mesmo Ministério, subdividindo o governo em três grandes áreas. Orlando Geisel, Ministro do Exército, respondia pela esfera militar; Leitão de Abreu tinha a seu encargo a área política e Delfim Netto responsabilizava-se pela condução econômica, tendo a seu lado, como Ministro do Planejamento, João Paulo dos Reis Velloso. Sob a liderança deste grupo, o Brasil viveu sob o mais intenso autoritarismo.

O uso eficaz da propaganda através da televisão foi marca deste período. A penetração deste veículo, que em 1960 atingia 9,5% das residências urbanas, havia alcançado 40% em 1970. Era época de Copa do Mundo, da vitória de 1970, da marcha "Prá frente Brasil". A campanha publicitária promovia a imagem do Brasil como potência mundial.

¹¹² ALVES, M.H.M. op. cit. p.135

¹¹³ FAUSTO, B.- op. cit. p. 477

O período de edificação do Instituto do Coração corresponde integralmente ao do governo Médici (1969-1974). Os depoimentos atribuíram a articulação para a viabilização da obra ao entendimento entre a liderança dos cardiologistas ligados à Faculdade de Medicina com as autoridades públicas representadas pelos ministros da fazenda e do planejamento, pelo governador do Estado e seu secretário do planejamento.

Em nenhum momento verificou-se a somatória do investimento realizado. Investiu-se ilimitadamente em projeto restrito à construção de um prédio, sem previsão do custeio de seu funcionamento. Investiu-se na construção do Brasil Grande. Evidente está a prevalência de fatores não sanitários para a alocação de recursos. O fator determinante para a construção do Instituto do Coração parece ter sua representação na Doutrina de Segurança Nacional e Desenvolvimento.

Do ponto de vista econômico, o Brasil viveu o seu "milagre". Intenso ritmo de crescimento convivia com níveis aceitáveis de inflação. No período de 69 a 73 verificou-se a inflação máxima de 18% ao ano e a variação média do PIB de 11,2%. O investimento estrangeiro foi incentivado, principalmente nos setores de bens duráveis. Conseqüentemente, a indústria automobilística liderou o crescimento industrial. A expansão do comércio exterior, realizada através de incentivos às exportações industriais, era dirigida no sentido de diversificar exportações. O Estado assumia o papel condutor desta economia, executando toda a sorte de intervenções e praticando um modelo econômico "produtivista", segundo Alves¹¹⁴ ou de "desenvolvimento capitalista associado", segundo Fausto, que complementa: "Muitos setores da grande indústria, dos serviços e da agricultura, que gritam contra os gastos e a intromissão do Estado na economia, beneficiaram-se largamente da ação do Estado naqueles anos"¹¹⁵. Uma frase comumente utilizada para a veiculação deste conceito era "deixar o bolo crescer para depois dividir".

Este modelo permitiu conseqüentemente a acumulação de capitais, o índice progressivamente baixo de investimentos nas áreas sociais e a compressão dos salários de trabalhadores de baixa qualificação. Designou-se também por "capitalismo selvagem". Os efeitos deste conjunto de políticas eram escamoteados pelo aumento das oportunidades de emprego, possibilitando desta forma que mais de uma pessoa de cada família integrasse o orçamento doméstico.

O uso da força, do assassinato e da tortura aplicada sistematicamente, garantiu o silêncio da luta armada, com a eliminação dos grupos guerrilheiros. A censura impedia a veiculação de fatos indesejados pelo governo. A oposição legal estava paralizada por uma intrincada estrutura legal que respaldava a redução das funções do Legislativo e do

¹¹⁴ ALVES, M.H.M. op. cit. pág. 146

¹¹⁵ FAUSTO, B. op. cit. pág. 486

Judiciário. A contínua manipulação de regras antes das eleições e a debilidade, ou a fragmentação, do partido permitido de oposição, o MDB, garantiram, até 1972, que a escolha de políticos respeitasse as prioridades do governo.

A concessão de benefícios possibilitava a cooptação das elites. Os salários de profissionais qualificados igualaram ou excederam os padrões europeus e norte-americanos. Novos empregos e concessão de verbas para as universidades também contribuíram para a sua adesão. Somente a Igreja Católica conseguiu enfrentar o governo e sobreviver como uma das mais importantes instituições de defesa dos direitos humanos.

"O resultado foi uma eficaz aliança entre militares radicais e tecnocratas. Cada um tinha suas próprias razões para desejar um regime autoritário e ambos se precisavam mutuamente. Os militares de linha dura precisavam dos tecnocratas para fazer a economia funcionar. Os tecnocratas precisavam dos militares para permanecer no poder. As altas taxas de crescimento por seu turno davam legitimidade ao sistema autoritário"¹¹⁶.

O governo aplicava vultosos empréstimos estrangeiros, para a execução de grandes obras, tais como a Transamazônica. Este tipo de investimento também representava interesses de uma parcela do empresariado. Concomitantemente verificava-se a contribuição de alguns empresários para os órgãos de repressão. Por exemplo, no início de 1969, em São Paulo, foi criada a Operação Bandeirantes, que recebia apoio financeiro de conhecidos homens de negócios de São Paulo. Skidmore afirma inclusive que: "o governador Abreu Sodré ajudou a levantar fundos privados para a entidade, também apoiada pelo prefeito Paulo Maluf que considerava a OBAN um importante projeto cívico"¹¹⁷. Abreu Sodré nega esta informação no seu livro¹¹⁸.

Assim, o "boom" econômico foi financiado por alto nível de endividamento, considerado alarmante na grande maioria das análises. Algumas fragilidades são apontadas: o custo social deste modelo econômico; o investimento prioritário na indústria automobilística e conseqüente direcionamento para o transporte individual; o alcance de metas através de incentivos tributários; a manipulação do sistema financeiro e a redução dos custos da mão de obra. Por outro lado, Kanitz considera esta dívida positiva, porque "o dinheiro que veio, são empréstimos com juros de 3% ao ano. Outros países pagaram este nível de investimento com imenso esforço da população...Boa parte da opinião pública brasileira vê, equivocadamente, com muito maus olhos qualquer processo de endividamento, e esquece que uma dívida com juro baixo é a melhor coisa

¹¹⁶ SKIDMORE, T.E. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. op. cit. pág. 220

¹¹⁷ SKIDMORE, T.E. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. op. cit. pág. 254

¹¹⁸ SODRÉ, R.A. *No espelho do tempo - meio século de política*. op. cit.

que pode acontecer a um país"¹¹⁹. Neste tipo de argumento, parece insuficiente o "esforço" representado pela desnutrição, pela baixa expectativa de vida, pela dificuldade de acesso à educação de expressivas parcelas da população.

Apesar do alto nível de autoritarismo, o discurso oficial caracterizava esta conduta como transitória, na perspectiva de recapacitar o país para a democracia. As eleições, às vezes postergadas ou manipuladas, eram mantidas, devido à preocupação do governo militar de legitimar seu poder através do voto. Diferentemente de outros países da América Latina, a sucessão presidencial, compunha a agenda política.

Uma vez concluída a edificação do prédio do Instituto, obra gigantesca, candidata à posição de Transamazônica paulista, surgiu a preocupação de como financiar a sua operação diária. Neste momento, tratava-se de governo Geisel (1974-1979), um discurso de distensão, com evidentes sinais de ocaso do milagre econômico. A proposta governamental de crescimento centrava-se ainda na grande empresa estatal, mas já se evidenciavam conflitos com empresários nacionais. O movimento sindical havia ganhado novas dimensões, com formação de sindicatos das várias categorias. Um imenso edifício inativo na região central de São Paulo chamava a atenção.

A posse de Ernesto Geisel representava o retorno do grupo de militares moderados que liderou o golpe de 1964. Ele ascendeu como candidato de consenso, com plena aceitação dos "linha-dura", apesar de compor o grupo dos castelistas. Seu perfil pessoal, seu histórico profissional e o fato de ser irmão de Orlando Geisel, componente da linha-dura e Ministro do Exército do governo anterior, inspiravam o respeito deste grupo.

Ao presidente de estilo pessoal mais autocrático é atribuído o início da abertura política no país. Neste mandato, Golbery do Couto e Silva retornou à chefia da casa civil, João Batista Figueiredo assumiu a posição máxima do SNI, Reis Velloso continuou na pasta do Planejamento e Delfim Netto foi substituído por Mario Henrique Simonsen no Ministério da Fazenda. A coordenação dos esforços foi sempre atribuída ao Presidente, um militar de carreira, quase sempre carrancudo, que assumiu o compromisso de promover uma "abertura lenta, gradual e segura".

A legitimação do governo anterior e cooptação de importantes setores da sociedade civil sustentava-se, fundamentalmente, no "milagre econômico", que começou a dar mostras de sua debilidade a partir da crise de petróleo de 1973. O aumento do preço deste combustível gerou intenso impacto na equação econômica, pois o Brasil dependia enormemente da sua importação, uma vez que 80% da necessidade de consumo era importada.

¹¹⁹ KANITZ, S. *O Brasil que dá certo: o novo ciclo do crescimento, 1995-2005*. 16a. ed. São Paulo, Madron Books, 1994. pág.4

O II Plano Nacional de Desenvolvimento exigia alto ingresso de capital para alcançar os seus objetivos explícitos de completar o processo de substituição de importações, aumentar a autonomia no terreno dos insumos básicos (petróleo, aço, alumínio, fertilizantes, etc.) e de mudança de ênfase, do setor de bens duráveis, para o setor de bens intermediários e da indústria de bens de capital. Na esfera da saúde, a conjuntura econômica permitia a concepção de que a produção nacional de equipamentos seria imprescindível para a viabilização da cirurgia cardíaca no Brasil, pelo cenário da ditadura militar com suas políticas de proteção ao produto nacional. A criação desta indústria de equipamentos estaria defendida da competição internacional e teria um mercado cativo.

Fausto¹²⁰ destaca que, durante o milagre econômico, foi possível crescer sem que houvesse investimento na capacidade produtiva, utilizando apenas a capacidade ociosa. Na etapa posterior foi necessário tomar novos empréstimos, dobrando o valor da dívida em três anos. A alocação dos investimentos foi efetivada em projetos dispendiosos e mal administrados, de retorno longo ou duvidoso, como a Ferrovia do Aço, posteriormente abandonada, o Programa Nuclear (um desastre econômico e ecológico) e o Proálcool (com fortes subsídios do Estado aos usineiros). Pretendia-se continuar o crescimento, tendo como centro a grande empresa estatal.

A perpetuidade do regime dependia da manutenção dos índices de crescimento e, para isso, o endividamento assumiu progressivamente maiores proporções. Deste mecanismo derivou a elevação dos índices de inflação. Observou-se no período de 1974 a 1978 um crescimento de 6,7% do PIB ao ano, com uma inflação anual média de 37,9%.

A progressiva entrada de empresas estrangeiras e o crescimento do setor público geravam atritos com setores do empresariado nacional. Eles começaram a considerar acentuado o nível de interferência do Estado na economia, da quantidade de incentivos e controles criados pelo Ministério da Fazenda. Também temiam a competição com a empresa estrangeira que obtinha normalmente melhores condições de financiamento de suas dívidas.

O controle do aparato repressivo, especialmente dos torturadores era uma das grandes expectativas da elite frente ao Governo Geisel. Alguns casos permitiam concluir que a situação estivesse fora de controle. Segundo Skidmore, esta preocupação não era compartilhada pelo "homem comum brasileiro, já que ele sempre foi vítima de atos de repressão policial, tanto em regime democrático como em regime autoritário"¹²¹.

¹²⁰ FAUSTO, B. *História do Brasil*. op.cit

¹²¹ SKIDMORE, T.E. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. op. cit. pág. 326.

Os assalariados estavam progressivamente mais insatisfeitos. A prática do arrocho salarial era aliada à manipulação dos índices inflacionários, inclusos nos cálculos centralizados pelo governo federal para concessão de dissídios.

Neste contexto conjugaram-se esforços para viabilizar a equação econômica do recém-inaugurado e inoperante "elefante branco". O governo federal contribuiu com técnicos de órgãos de financiamento à pesquisa para levantar alternativas, o governo estadual forneceu os "mentores" da idéia da Fundação, enquanto o grupo de cardiologistas tratou de obter apoio financeiro do empresariado paulista. Desta integração de forças surgiu a Fundação para o Desenvolvimento da Bioengenharia (FUNDEBE), uma entidade sem fins lucrativos, composta de pessoas físicas dispostas a contribuir para o desenvolvimento da bioengenharia através da mediação de mecanismos financeiros. O nome da Fundação resultava da percepção, naquele período, de que a predominância do financiamento seria devida à produção e venda de novos produtos, equipamentos, sistemas e processos relacionados à cirurgia cardíaca.

"Fundação é uma organização formada por administradores, instituída por um fundador, que destinou os seus bens e os vinculou à busca de um objetivo ideal ou moral, ou de qualquer modo, não lucrativo: não será o fundador que agirá pelo alcance do escopo, pois ele exauriu a sua função no ato inicial. Esta tarefa cabe aos administradores, que o farão utilizando os recursos dotados para a criação da Fundação."¹²²

Os fundos foram constituídos por doações simbólicas pelos fundadores e posteriormente estabeleceu-se um convênio, cuja minuta foi cedida à pesquisa pela atual administração. Segundo este documento, a FUNDEBE provê, na medida de suas possibilidades, recursos para trabalhos ou iniciativas a serem realizadas pelo InCor. Os recursos não se originariam prioritariamente de uma dotação inicial, sendo provenientes de rendas de contratos com terceiros relativos a bens e serviços prestados pelo InCor. Os equipamentos e instalações do InCor foram cedidos, em regime de comodato, pelo Hospital das Clínicas à FUNDEBE, por uma quantia simbólica.

O nível de complexidade necessário para análise adequada desta situação absolutamente peculiar exige conhecimentos jurídicos especializados. Uma nova organização privada, sem fins lucrativos, foi criada predominantemente por funcionários públicos (professores da Faculdade de Medicina). Esta organização privada estabelece um contrato com a organização pública da qual fazem parte a maioria dos componentes da primeira. Segundo este contrato, um imenso investimento público, construído por iniciativa deste grupo de pessoas, parado, sujeito à perda de valor, foi cedido por quantia simbólica para ser administrado por organização composta por parcela do que viria a ser

¹²² PROPERSI, A.; ROSSI, G. - *Associazioni e Fondazioni: costituzione, statuti e bilanci delle organizzazioni "non profit"*. Aspetti fiscali. 4a. edizione. Milano, DeLillo editore, 1993. p. 30.

seu quadro de dirigentes. Os recursos para o gerenciamento são provenientes da venda de produtos e serviços realizados a partir do investimento público, mas gerenciado por organização privada. Paralelamente cria-se uma empresa para a produção de equipamentos, que tem a Fundação como acionista majoritária. Dentro do InCor há uma Divisão de Bioengenharia, ligada hierarquicamente à Área Cirúrgica, que desenvolve atividades correlatas à idealização de produtos e equipamentos.

Do ponto de vista jurídico, o caminho adotado compreendeu a articulação entre pessoas jurídicas de direito público, sujeitas, por conseguinte, ao regime jurídico de direito público. Em essência, o Instituto do Coração é um departamento do Hospital das Clínicas, autarquia pertencente ao Estado de São Paulo, integrada à outra autarquia pertencente ao Estado de São Paulo, a Universidade de São Paulo, da qual a Faculdade de Medicina é um dos órgãos componentes. Na condição de entidades sujeitas ao regime jurídico de direito público, alguns princípios administrativos devem ser observados, tais como a admissão de servidores por concurso, a proibição de acumulação de cargos, a fixação de vencimentos e a criação de cargos por lei, além da contratação de serviços por licitação.

Ao criar a Fundação, instituiu-se uma nova pessoa jurídica de direito privado, a quem foi atribuída a função de captar recursos provenientes de outras fontes do erário público, através dos devidos órgãos componentes do sistema público de saúde. Realizando este "convênio", a administração do equipamento público passou a seguir outros princípios administrativos e o Instituto do Coração passou a ser uma entidade juridicamente ativa. O patrimônio continuou a ser público, porém regido sob uma forma híbrida entre o público e o privado. Compras de materiais e equipamentos poderiam ser realizadas tanto pela Administração do Hospital das Clínicas (através de licitação), como pela Diretoria da Fundação (através de simples levantamento de preços). Servidores passariam a receber rendimentos não fixados em lei, através de adicionais, que posteriormente foram transformados em outro contrato de trabalho. Materiais e equipamentos idealizados e testados na Universidade passariam a ser fabricados por empresa privada de propriedade da Fundação.

Di Pietro¹²³ sustenta a tese de que este relacionamento entre fundações de apoio e entidades públicas fraudula a gestão da coisa pública. "Vale dizer que se confundem as respectivas receitas, a sede, o local de prestação de serviços, os recursos humanos, os recursos materiais, os objetivos...Elas (*as fundações de apoio*) só podem manter-se em função do convênio com a entidade pública que apóiam, a tal ponto que, extinta esta, elas perderão o objeto e sua fonte de recursos. Elas são a fórmula mágica que se

¹²³ DI PIETRO, M.S.Z. *Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. São Paulo, Atlas S.A., 1996, p.121.

encontrou para, sob a forma de ente de cooperação, assumir o papel que a lei outorgou à entidade pública. Quando ela atua, é com os instrumentos, os recursos públicos, o local de trabalho, os servidores da entidade pública. É difícil saber onde termina uma e começa outra".

Apesar de reconhecer a eventual eficiência deste sistema, esta autora questiona inclusive a natureza jurídica da entidade de apoio, pois, freqüentemente, o ato de instituição é de iniciativa de servidores públicos, através da dotação de um patrimônio irrisório. Di Pietro¹²⁴ diz também que "ainda que a eficiência fique devidamente demonstrada, sempre será necessário fazer prevalecer o Direito, quer ajustando-se as situações existentes às normas vigentes, quer propondo-se alterações no direito positivo para colher-se dessa experiência aquilo que elas têm de positivo".

Se, por um lado, percebe-se imensa dificuldade para distinguir o público do privado neste acordo, por outro encontra-se uma solução criativa que confere flexibilidade à gestão dos serviços. Neste sentido, este modo peculiar de gestão da coisa pública, permite que o equipamento público atenda mais efetivamente a sua finalidade social. Esta solução viabiliza o aumento do volume de recursos através da captação de doações e de verbas procedentes de convênios privados e da previdência que não estariam obrigatoriamente alocadas no serviço público de saúde. Ao mesmo tempo ela confere aos administradores mecanismos mais ágeis para o gerenciamento dos recursos da instituição.

Destaca-se que os argumentos básicos que originam a instituição da Fundação são de natureza financeira e gerencial, pois, segundo seus defensores, este mecanismo aumenta o volume das receitas e agiliza a administração de recursos. Os contra-argumentos dizem respeito à utilização imprópria do patrimônio público (devida à falta de nitidez da distinção entre o público e o privado) e ao não cumprimento das regras básicas do Direito Administrativo.

Questionada a legalidade, a proporção das doações no total da receita assume papel central para avaliar a legitimidade do sistema em vigor, uma vez que, de todas as possíveis fontes de receita mencionadas, a única exclusivamente privada é a captação de doações, pois as verbas procedentes de convênios privados nada mais são do que pagamento pela utilização do equipamento público. A "prestação de contas" e a transparência administrativa também são essenciais para a validação do caminho adotado.

No tocante ao volume das doações à Fundação E.J.Zerbini no orçamento total Incor, pode-se dizer que a os últimos relatórios apresentam totais pouco significativos. Quanto à transparência administrativa, existe grande espaço para evolução, a partir de

¹²⁴ Di Pietro, M.S.Z. op. cit. p. 123.

dois enfoques básicos: a gestão da Fisics e as políticas de remuneração. Com vontade política e capacidade gerencial esta realidade pode ser alterada.

A situação da criação da FUNDEBE como entidade de direito privado destinada ao apoio de uma instituição pública pode ser vista simultaneamente de diferentes formas: exemplo de aliança entre tecnocracia e regime militar, modelo de gestão alternativa de recursos financeiros e apropriação da coisa pública por um grupo de interesses. As três interpretações não precisam, obrigatoriamente, ser excludentes. Com o passar do tempo, o julgamento da situação específica perdeu parcialmente a importância prática, na medida em que os fatos demonstram que, por estes caminhos sinuosos encontrou-se uma saída criativa e original, na época, para atender a população. A importância conceitual, em termos de legalidade e legitimidade, é preservada, pois estes elementos induzem ao rico debate da interrelação entre o público e o privado na sociedade brasileira.

Nos termos da análise proposta por este trabalho, a correspondência direta entre Política e planejamento organizacional é identificada com clareza. As etapas iniciais da origem, edificação e viabilização econômica do InCor seguiram a lógica de cada governo.

A liderança do grupo médico se consolidou no personagem que tinha a capacidade de fazer esta conexão entre lógica estatal e lógica organizacional, como se este conhecimento fosse a essência da estratégia de "criar o fato, ou criar uma crise para gerar o fato". O primeiro fato foi a aprovação do Instituto, o segundo fato, a concessão do terreno e o terceiro foi o transplante. A conjugação destes três eventos gerou uma crise/possibilidade que, devidamente associada aos objetivos de governo, determinou a alocação dos recursos para a construção do "Castelo", que, por sua vez, gerou a nova crise, pois existia e não funcionava. Este sinais indicam a existência de uma realidade organizacional intimamente associada à questão política brasileira.

Se o primeiro objetivo foi construir o Castelo, o segundo foi a implantação dos serviços associada à edificação de uma imagem de excelência, do Instituto e de seus médicos. A idéia de ser diferenciado dos demais serviços de saúde sempre esteve presente no discurso da liderança. O objetivo de diferenciação, ao nível da prestação de serviços, foi perseguido através da contratação de uma equipe multidisciplinar encarregada de padronização de procedimentos e posterior gerenciamento cotidiano da organização. A qualidade dos serviços oferecidos possibilitaria obter recursos adicionais, e também lidar com as contradições geradas por vários aspectos da obra, tais como sua notória dimensão, a inviabilidade de seu custeio, a conseqüente criação da FUNDEBE e a identificação entre a instituição e o governo militar.

Se a imagem no meio médico acadêmico poderia ser obtida através da divulgação de pesquisas e da prestação de serviços altamente especializados, a imagem pública necessitava de outra abordagem. A alocação de profissional voltado para a captação de

recursos e imagem institucional representava mais uma escolha original no meio médico. Especial atenção foi conferida às ligações com autoridades de Estado, criando-se, paulatinamente, tanto na Fundação como no Instituto, áreas destinadas às relações governamentais, seguindo o exemplo de algumas grandes corporações.

O anos 80, no Brasil, iniciam-se em aguda crise econômica. Foi durante o governo Figueiredo (1979-1985) que o Instituto do Coração implantou progressivamente todos os serviços.

O alto nível de investimento em projetos megalomaniacos mal direcionados, com retorno duvidoso, é identificado por muitos como a principal causa do déficit do governo. O Acordo Nuclear teria custado cerca de US\$ 10 bilhões, Itaipu devia em 93 outros US\$ 20 bilhões, a soma de gastos com a Ferrovia do Aço e a Açominas acumularia um desperdício de mais de US\$ 5 bilhões¹²⁵. Delfim Netto e outros economistas justificam-se, dizendo que se tratava de uma crise mundial, não especificamente brasileira, derivada da regulamentação sobre a concessão de empréstimos no mercado financeiro norte-americano (Kanitz¹²⁶). Ainda que mudem os fatores determinantes segundo o autor, a percepção do início de uma intensa crise é consensual.

Aparentemente controlado, o processo de abertura ameaçava alguns setores mais radicais vinculados ao exército, que desde 1978 intensificaram a prática de atos de terrorismo político. Uma seqüência de atentados culminou, em 30 de abril de 1981, com a explosão de duas bombas no Riocentro, local onde estavam reunidos milhares de jovens para assistir a um festival de música. Por sorte e incompetência, as bombas explodiram de forma não prevista, lesando os seus portadores. O General Golbery ordenou rigorosa investigação e obteve versões consideradas absurdas como respostas. Evidenciando a sua perda de controle da situação, ou sua perda de influência junto ao Presidente, Golbery Couto e Silva pediu demissão em agosto de 1981.

O cenário econômico não facilitava o acirramento do regime militar. O plano de Delfim Netto havia fracassado. As medidas de austeridade não impediram que a inflação de 1980 chegasse a 110% e que o saldo da balança de pagamentos estivesse mais negativo, determinando saques sobre as reservas cambiais¹²⁷. O próprio Delfim Netto admitiu, em entrevista à Revista Isto É, de junho de 93, que o "Golbery era o pau da barraca". Ou seja, o governo havia perdido o controle político da situação. "Embora esteja claro que a grande maioria da população não se beneficia com o modelo econômico, sofrendo as pressões da inflação e do desemprego, multiplicam-se entre

¹²⁵ Revista Istoé/ 1237, de 16/06/93

¹²⁶ KANITZ, S. op. cit.

¹²⁷ SKIDMORE, T.E. *Brasil: de Castelo a Tancredo*. op. cit. pág. 448

empresários, banqueiros e o governo controvérsias e debates sobre quem é responsável pelo caos da economia brasileira"¹²⁸.

Em 15 de janeiro de 1985, o Colégio Eleitoral elegeu Tancredo Neves e José Sarney para o exercício do primeiro governo civil após mais de vinte anos de regime militar. Tancredo Neves estava doente e havia adiado o seu tratamento em decorrência da campanha presidencial. Quem recebeu a faixa presidencial foi José Sarney, pois após complicações decorrentes de uma cirurgia realizada no Hospital de Base de Brasília, Tancredo Neves havia sido transferido em estado grave para o Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A opinião pública queria Tancredo Neves presidente e não se escutou qualquer voz contrária à sua transferência para o InCor, apesar de tratar-se de caso de patologia de outra ordem. O atingimento dos objetivos em termos de assistência, pesquisa e qualidade do InCor, neste período, passou a ser inegável. Boletins médicos constantes e pouco esclarecedores eram divulgados, sem que houvesse um real esclarecimento da sequência de eventos que levou à divulgação da morte de Tancredo Neves em 21 de abril de 1985.

O ponto máximo da organização coincidiu com a concretização da abertura política brasileira. Os fatos demonstraram que a existência de uma liderança com projeto impediu a efetivação da Transamazônica paulista.

A forma através da qual se efetivou a transição do governo militar para o governo civil, aliada às condições políticas e sociais verificadas em 1984 no cenário brasileiro, como a posse por eleição indireta, o pequeno acesso da população aos benefícios sociais, a concentração de riquezas e conseqüente ausência de condições básicas para o exercício da cidadania, conduziram vários autores a designar este processo por liberalização, e não democratização.

A existência deste processo de liberalização é atribuída a um relacionamento dialético entre o governo e a oposição. "Esse relacionamento político intrincado funcionou com sucesso por haver um consenso entre ambos, militares e civis, a favor de um retorno a um sistema político (quase) aberto. O que esse sistema poderia produzir para o brasileiro comum, era, naturalmente, outra questão"¹²⁹.

O início do governo civil encontrou uma segunda geração nas posições máximas do Instituto. As aposentadorias dos pioneiros (Professor Zerbini - Professor Décourt) determinou sua sucessão segundo as regras da Academia (Professor Fulvio Pillegi - Professor Adib Domingos Jatene). O hospital estava criado, havia alcançado projeção nacional. Apresentava-se neste momento a necessidade de formular nova estratégia de gestão, pois o grande combustível da construção havia terminado e surgiam sinais de

¹²⁸ ALVES, M.H. M. *Estado e oposição no Brasil*. op. cit. pág. 295.

¹²⁹ SKIDMORE, T.E. , In: STEPAN, A. *Democratizando o Brasil*. op. cit. pág. 71.

conflitos internos, perceptíveis tanto pela evasão de alguns componentes do grupo original após a sucessão na cúpula, como pela primeira greve de funcionários.

Nas justificativas para a implantação da administração por programas pode-se ter uma idéia da avaliação que se fazia na época: alta demanda, importância conferida aos pacientes privados, procura pelas autoridades locais, necessidade de revisão dos manuais elaborados para a implantação do hospital e, conclusivamente, necessidade de expansão.

A decisão de cúpula, não divulgada oficialmente, mas evidente nos relatórios, parece ter priorizado o aumento numérico dos atendimentos. A "administração por programas" segue a lógica de atender mais, assim como a decisão da construção de outro prédio. Trata-se de uma expansão de domínios que, inicialmente, tinha por proposta transcender a cardiologia. Contratou-se profissionais de várias outras especialidades. A análise posterior dos fatos levanta a hipótese de que, enquanto a primeira geração tinha como estratégia básica a diferenciação do atendimento, a segunda geração traz o discurso, não formulado, do controle e da produtividade. Se a primeira geração pretendeu e logrou construir o Castelo, a segunda fez da expansão dos domínios a sua prioridade.

Em termos econômicos vivia-se altos índices de inflação, fato que determinava verdadeiras acrobacias para obtenção de verbas provenientes dos cofres públicos. O tempo de tramitação ocasionava significativa perda de capital ao longo do processo. Como verbas de ressarcimento pelo sistema público de assistência sempre foram expressivas no balanço do InCor, este fator pode ter representado forte pressão para aumento de número de atendimentos, como estratégia de sobrevivência.

O país havia recuperado razoáveis índices de crescimento econômico, com variação positiva do PIB de 5% em 1984 e 8,3% em 1985. A retomada das exportações e a queda das importações resultavam em um saldo da balança comercial de US\$13,1 bilhões. Fausto¹³⁰ conclui que subsistia o problema da dívida externa e interna, mas que o Brasil acumulava reservas de US\$ 9 bilhões, o que lhe concedia folga para renegociar com credores externos.

A inflação continuava alarmante, pois havia alcançado o índice de 223,8% em 1984 e 235,1% em 1985¹³¹. Este nível inflacionário sempre prejudicou de modo agudo a população de baixa renda, cada vez mais numerosa e pobre, após consistentes políticas de concentração de riquezas. Em 1980, os 20% mais pobres detinham 2,8% da riqueza nacional, enquanto os 10% mais ricos acumulavam 50,9% desta renda¹³². Esta

¹³⁰ FAUSTO, B. *História do Brasil*. op. cit. pág. 521.

¹³¹ FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira*. 4a. ed. CBMM, 1993.

¹³² FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira* op. cit.

proporção é inferior à verificada em 1970, quando a correlação era de 3,4% para 46,7%, sendo esta última também inferior à encontrada em 1960, época em que a proporção era de 3,9% para 39,6%.

Paralelamente, salienta-se que entre os anos 50 e 80 havia dobrado o percentual da população que vivia em cidades de mais de 20.000 habitantes (de 21,5%, para 45,7%)¹³³. Isto significa que ao longo desses últimos anos a sociedade brasileira havia mudado radicalmente de perfil. A população, que era de cerca de 75 milhões de habitantes em 1960, totalizava pouco mais de 120 milhões em 1980. A industrialização havia gerado movimentos migratórios em direção às grandes cidades, que nunca foram planejadas.

A constante crise econômica e social gerava uma demanda impossível de ser atendida pelos deteriorados serviços sociais oferecidos pelo governo. A centralização dos recursos financeiros ao nível do governo federal e a imposição de redução dos gastos públicos para fazer frente ao progressivo déficit público dificultavam intensamente a viabilização de um programa de governo bem aceito pela opinião pública. Os governadores recém-eleitos estendiam suas mãos para o governo federal na busca de recursos financeiros para seus estados.

Em entrevista de 1987¹³⁴, o Professor Adib Jatene demonstrava a preocupação por uma excessiva procura aos serviços do Instituto, atribuindo este fato às fraquezas do sistema de saúde e à qualidade do InCor. Simultaneamente adotaram-se duas decisões: participação na organização de um sistema de referência e construção de novo prédio, ao lado do primeiro. A decisão da construção de um prédio novo foi revelada em 1987.

A primeira reunião da Assembléia Nacional Constituinte também foi em 1987. Como não havia um projeto inicial que abreviasse a discussão, o trabalho foi longo e genérico. Uma constituição democrática foi aprovada em 5 de outubro de 1988. Muitos brasileiros e brasileiras, como era a abertura dos discursos do presidente José Sarney (1985-1989), assistiram Ulysses Guimarães, líder opositorista de todo o período da ditadura militar, entregando ao povo a "Constituição Cidadã". Ela garantiria os mais plenos e variados direitos civis e humanos.

Ao nível externo à organização, a correspondência entre o que acontecia no InCor e a lógica do governo federal no período da Nova República não parece se dar de modo tão evidente como nas etapas anteriores, denotando a dissolução do vínculo claro entre a organização e Brasília.

As análises sobre esta época, em termos políticos nacionais, destacam a existência de uma agenda política nacional genérica. Falava-se basicamente da eliminação do

¹³³ CARDOSO, F.H. Desenvolvimento associado-dependente e teoria democrática. In: STEPAN, A. *Democratizando o Brasil*. op. cit. p.450.

¹³⁴ Jornal do Brasil de 5 de abril de 1987.

"entulho autoritário", nome atribuído a todas as regulamentações que restringissem as liberdades democráticas. O antídoto para esta enfermidade seria representado pela revogação de leis de exceção e pela eleição de uma Assembléia Nacional Constituinte, encarregada de elaborar uma nova Constituição, que substituiria aquela redigida em 1967 pela ditadura militar.

Segundo Souza¹³⁵ esta ausência de uma articulação de posições mínimas anteriores à posse de um novo governo era um problema central, que se reproduzia em várias esferas, quer seja na ausência de propostas de reorganização do aparelho estatal, assim como na inexistência de uma discussão sobre a política militar. Assim, a "transição brasileira levou a Nova República a se instalar sobre os alicerces institucionais do regime autoritário, mais que sobre seus escombros, permitindo que se mantivesse na condução dos rumos políticos a maior parte da elite política e da administração do governo anterior ... O grau de continuidade encontrado entre administradores e políticos do antigo regime é insólito".¹³⁶

Redigia-se uma constituinte que caracterizaria a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Discutiam-se e encaminhavam-se várias propostas de reformulação do sistema de saúde sob a ótica da reforma sanitária. Daí a evolução da descentralização administrativa do sistema de saúde, que conferia importância maior aos estados federados na gestão dos serviços. Continuismo dentro da organização, continuismo nos dois níveis de governo, estadual e federal e a opção pelo caminho conhecido, uma grande obra pública, exatamente nos mesmos moldes da primeira proposição, nos bastidores. Obteve-se a aprovação pelo Governador Orestes Quércia. Demonstrando a adesão do discurso sanitarista predominante, participava-se simultaneamente do sistema de referência organizado pelo INAMPS.

Enquanto o sistema de referência coordenado pelo INAMPS, assim como outras iniciativas de integração interinstitucional, não apresentou resultados identificáveis ao longo deste trabalho, o progressivo aumento dos atendimentos, associado à decisão pela expansão parecem ter agudizado o conflito interno. Há indícios de que a radicalização de um modelo de gestão, já centralizado, foi a resposta. Muitos dos componentes do segundo escalão já haviam assistido à primeira evasão pós transição do governo (Diretoria Geral/Diretoria Científica). Surge uma nova pergunta: por que os inconformados, os insatisfeitos não deixaram o Instituto do Coração? Diferentes raciocínios indicam respostas prováveis:

¹³⁵ SOUZA, M.C.C. A Nova República brasileira: sob a espada de Dâmocles. In: STEPAN, A. *Democratizando o Brasil*. op. cit. pág 563-627.

¹³⁶ SOUZA, M.C.C. op. cit. p. 568 e 569

- Porque as outras organizações seguem dinâmicas semelhantes, privilegiando unicamente o crescimento dentro delas, e assim todos os feudos são formados nas fases iniciais das organizações de saúde.

- Porque as possibilidades de aprendizagem técnica e integração multiprofissional eram únicas, compensatórias, ou marcadamente diferenciais de outros hospitais.

- Porque, apesar dos defeitos, o Instituto diferenciava-se de tal forma em termos de qualidade de assistência que a saída representaria redução de status no âmbito da cardiologia.

- Ou até porque muitas pessoas avaliam que a igualdade entre as organizações de saúde seja tamanha, que o desligamento acaba por significar unicamente a mudança de endereço.

O fato é que as pessoas ficaram e esse foi o equilíbrio continuísta alcançado. As outras decisões de expansão (ambulatório da Divino Salvador, Cotoxó, SEPACO) sequer foram comentadas. Falou-se de uma espera, a partir de 1990.

Entre 1987 e 1989, o problema da inflação brasileira, que já era imenso, quadruplicou. Os números anuais são quase inverossímeis: 415,8 % de inflação em 1987, 1037,6% em 1988 e 1782,9%¹³⁷ em 1989. Esta situação de completo descontrole fornecia as condições adequadas para que o povo escolhesse um santo milagreiro, um Rambo, um jovem onipotente capaz de eliminar inimigos sem apoio partidário. E este santo angariou recursos de empresários temerosos de uma eventual ascensão petista, para realizar uma rica e avassaladora campanha eleitoral.

Vitorioso através de campanha eleitoral, segundo as regras da Constituição de 1988, Fernando Collor de Melo assumiu a presidência apoiado por um minúsculo partido, o Partido da Renovação Nacional, que detinha 3% da Câmara dos Deputados. Na primeira etapa, vários políticos tradicionais haviam sido eliminados da disputa. No segundo turno, o confronto se deu entre P.T., representante da esquerda brasileira, e Collor, na condição de um paladino solitário, que libertaria o país dos "marajás", funcionários públicos excessiva e desonestamente remunerados, e da inflação. A promessa era de um único tiro certo que eliminaria a inflação do cenário brasileiro.

O tiro foi acionado nos primeiros meses de governo. Em março de 1990, tendo em vista a implantação de uma ousada estratégia antiinflacionária, Collor decretou o bloqueio de 75% dos ativos financeiros¹³⁸. Esta medida representava o confisco de bens acumulados por expressiva parcela da população, através do congelamento de contas correntes, poupanças e fundos de investimento. Seis meses depois de eleito, o Rambo já

¹³⁷ FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS op. cit.

¹³⁸ LAMOUNIER, B. A democracia brasileira de 1985 à década de 1990: a síndrome da paralisia hiperativa. In: VELLOSO, J.P.R., coord. *Governabilidade, Sistema Político e Violência Urbana*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

não contava com tamanho apoio popular e nem do empresariado nacional, em virtude de uma seqüência de medidas que expunha os produtos brasileiros aos padrões de competição do mercado internacional. No final do ano, um novo pacote de medidas foi divulgado, mas a inflação continuava excessiva (1479% em 1990) e ainda acompanhada pela variação negativa do PIB (-4%).

A ascensão de Collor corresponde à formulação de um discurso empresarial, que é a tônica do InCor pós-90. A viabilidade econômica da organização ocasionou as comentadas exigências de revisão da redistribuição de lucros entre as várias instâncias públicas correlacionadas ao Instituto do Coração. Há indícios de que tanto o Hospital das Clínicas, como a Faculdade de Medicina tenham solicitado a revisão de sua parcela de participação. Verifica-se a mudança da composição do Conselho de Curadores, com elevação de status, pois passa a ser integrado pelo Superintendente do INAMPS, pelo Ministro da Saúde, pelo Superintendente do Hospital das Clínicas. Ao mesmo tempo institui-se o Conselho de Administração (composto de 3 a 6 membros, sem qualquer outra especificação). Estas condições são propícias para o afastamento do Conselho de Curadores do cotidiano da vida organizacional. Adequaram-se as normas para o cenário da livre iniciativa. As repercussões internas deste fenômeno podem ser identificadas pelo foco na orçamentação e no posterior programa de qualidade, que representam a busca de eficácia através de melhora dos controles e processos.

O início dos anos '90, com sua marcada ênfase em mecanismos de orçamentação, fortaleceram a noção de que "aquela" organização dos sonhos paulatinamente igualava-se às demais. O modelo autoritário e centralizado de gestão desestimulava o debate. Os poucos lugares de encontro entre as pessoas foram extintos, as entidades representativas perderam a combatividade e as condições de mercado pouco impulsionavam a rotatividade de pessoal. A permanência do profissional se efetivou através de significativas mudanças de comportamento, demonstradas pela diminuição do engajamento na busca de mudanças organizacionais, com introversão no próprio serviço/setor/unidade. Muitos dizem ter optado por limitar seus movimentos à esfera onde avaliam possibilidade de realização, através dos fatores prioritários para a sua satisfação no trabalho, aqueles ligados ao trabalho em si, às tarefas realizadas. Este comportamento foi vinculado também à decisão pela construção do novo prédio, que é constantemente mencionada como fator desagregador, ao lado dos itens pressão por produtividade sem oferta compatível de recursos e ênfase em custos.

À crise econômica nacional foi posteriormente acrescida uma surpreendente crise política. O irmão do Presidente da República, provavelmente motivado por questões relativas ao patrimônio e intrigas familiares, em reportagem exclusiva à Revista Veja de maio de 1992, denunciou a prática de corrupção do governo. Um pacífico movimento pelo *impeachment* começou a ganhar repercussão mundial.

A partir de setembro de 1992 o país passou a ser novamente governado por um vice-presidente. Itamar Franco ocupava esta posição estratégica em consequência de acordos realizados durante a campanha eleitoral. Mineiro, formado dentro da tradição intervencionista-nacionalista, era um desconhecido do grande público, que aos poucos começou a delinear o perfil da primeira autoridade do país. A imagem era de um homem honesto, ingênuo e irascível, que trouxe para o exercício do poder seu círculo de amigos de Juiz de Fora, interiorana cidade de Minas Gerais.

Em 7 meses de governo, Itamar exonerou três ministros da Fazenda, até nomear, em maio de 1993, Fernando Henrique Cardoso, Senador pelo Estado de São Paulo, intelectual de renome internacional para a condução da política econômica. O primeiro empenho de Fernando Henrique era fazer o "orçamento realista"¹³⁹, só que mais um escândalo viria a público ainda em 1993. Um ex-assessor da Comissão de Orçamento, acusado de haver assassinado a própria esposa, denunciou corrupção realizada por membros do Congresso. Além da crise econômica, o tema "governabilidade" ganhava progressivamente maior proporção das discussões políticas no país.

Seguindo as tendências consagradas de mercado, em final de 1993, a administração abraçou o tema qualidade como linha central do discurso organizacional, utilizando um modelo de abordagem radicalmente diverso do prisma original. Do nascimento à maturidade do Instituto, a qualidade representava o objetivo primeiro, um modelo de comportamento, a razão de ser da organização, trazida, inicialmente, pela elite simbolizada pela categoria médica. Neste momento, a qualidade passou a ser utilizada como instrumento para a busca de comprometimento dos recursos humanos. Os médicos e a alta cúpula não aderiram ao programa.

As dimensões e conteúdo dos conflitos da alta cúpula são diversos. A progressiva profissionalização da Fundação e a impossibilidade estatutária de pagamento dos seus diretores, a vinculação obrigatória entre as funções de Professor Titular e Diretor Geral do Instituto e a missão/ especialização do Instituto (limites da prática da cardiologia) são as questões cujo encaminhamento figura como prioritário para esta camada social.

No cenário nacional, a crise de governabilidade é atribuída por estudiosos a vários motivos, entre eles: a debilidade dos partidos brasileiros para fazer frente à intermediação política de uma sociedade tão complexa; a proliferação de associações aglutinadas por interesses específicos; a lentidão da transição democrática que fez com que houvesse desgaste dos partidos antes da queda do regime militar; e também a incapacidade das elites de elaborar um pacto com prioridades políticas claras. Todos estes fatores contribuem para que os recursos políticos sejam pulverizados e para que se tente abraçar o mundo com as pernas, sem alcançar resultados satisfatórios.

¹³⁹ Revista Isto É/ 1237 - 16/6/93

Frente à incapacidade de articulação política interpartidária, o governo fez uso constante de medidas provisórias, dispositivo constitucional semelhante ao decreto-lei, para por em prática suas propostas. Segundo Martins¹⁴⁰, de outubro de 1988 a março de 1990, Sarney editou 147 medidas provisórias; Collor, em 2 anos em meio de governo, editou mais 160; e Itamar Franco, em 1 ano e 8 meses, editou mais 211 medidas provisórias, sendo 136 por reedição. Estes números são apresentados como argumentos para chegar a conclusão que: "A modernização socioeconômica e o acesso a condições políticas mais igualitárias geraram ampla capacidade associativa na sociedade; mas a capacidade assim gerada não se traduziu em incremento da capacidade de intermediação político-partidária, que é condição indispensável à existência de uma democracia representativa. Esse desencontro não apenas alimenta a crise latente de governabilidade, como a persistência desta põe em risco a própria consolidação democrática."¹⁴¹

Lamounier¹⁴² escreve: "Num país onde democracia e fragmentação desenfreada tornaram-se praticamente sinônimos, a iniciativa e a supremacia do executivo devem ser asseguradas de algum modo. Não querendo enfrentar o desafio da reforma institucional, a maioria da elite prefere fingir que um instrumento arbitrário como a medida provisória é compatível com a democracia - ou vê-lo como um dado irremovível da realidade".

Através da divulgação de medida provisória, em julho de 1994, o país recebeu mais um plano econômico de estabilização, feito por um grupo liderado por Fernando Henrique Cardoso. O Plano Real serviu como base da campanha que levaria o seu representante máximo para a Presidência da República em 1995.

O Brasil que elegeu Fernando Henrique Cardoso para a presidência já era um país com mais de 150 milhões de habitantes e cerca de 100 milhões de votantes, com uma taxa de urbanização de 76%¹⁴³. Um país que, depois de duas décadas de intenso crescimento, apresentou, entre 1980 e 1993, 2,1% de crescimento anual real, um pouco superior ao da América do Sul, mantendo, por outro lado, o PIB per capita 10% inferior ao da América do Sul. Em termos de inflação anual, seus índices somente eram inferiores aos da conturbada Nicarágua, pois a média anual brasileira no período de 1980 a 1993 foi de 423,4%.

¹⁴⁰ MARTINS, L. Instabilidade política e governabilidade na construção democrática. In: VELLOSO, J.P.R., coord. *Governabilidade Sistema Político e Violência Urbana*. op. cit. pág. 11-24

¹⁴¹ MARTINS, L. op. cit. pág. 24.

¹⁴² LAMOUNIER, B. op. cit. pág. 43-44.

¹⁴³ FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira*. 6a. ed., CBMM, 1995.

decreceram. Entre 1989 e 1993 elas alcançaram respectivamente 1,3% e 0,9% do PIB. Paulatinamente o país colocou-se entre os recordistas de injustiça social, pois o processo inflacionário, aliado à inexistência de políticas redistributivas, é forte concentrador de riquezas. Às graves crises econômica e política se havia adicionado uma intrincada problemática social, derivada da urbanização, da concentração de riquezas, da insuficiência de um imenso e aparentemente inadministrável aparelho do Estado e agora, também, da desilusão e do descrédito frente aos políticos e seus partidos.

O sumário da correspondência entre a história do InCor no cenário constituído pela história contemporânea brasileira pode ser analisado no quadro a seguir.

QUADRO 1

INSTITUTO DO CORAÇÃO NO CENÁRIO DA HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA BRASILEIRA.

BRASIL	InCor
1963- João Goulart na Presidência <ul style="list-style-type: none"> * problemas na balança de pagamentos * esquerdas frágeis e divididas * clima tenso tumultuado (instabilidade política e econômica) * conspiração militar 	Adhemar de Barros governador decreto de criação publicado no dia de Natal de 1963.
1965- Castelo Branco na Presidência	Obtenção do terreno por doação
1967 <ul style="list-style-type: none"> * governo militar: repressão * programa de estabilização econômica * Atos institucionais e nova Constituição * redução da inflação e do déficit público 	Designação da equipe para planejamento do prédio
1967- Costa e Silva na Presidência	Realização do primeiro transplante cardíaco pelo Prof. Zerbini
1969 <ul style="list-style-type: none"> * sinais de oposição mais organizada * repressão, violência policial * tensão entre Executivo e Congresso-AI5 	Início de obtenção de recursos para construção da obra
1969- Médici na Presidência	
1974 <ul style="list-style-type: none"> * "Prá frente Brasil" - Brasil-potência * milagre econômico/dívida crescente * repressão * Delfim: desenvolvimento sem inflação * investimento em grandes obras 	Construção da obra mais cara em toda a história do Depto de Obras Públicas de São Paulo
1974- Geisel na Presidência	Prédio quase pronto
1979 <ul style="list-style-type: none"> * descompressão/instabilidade política * repressão à esquerda continua * início da transição democrática * sinais do fim do milagre econômico * mobilização da direita radical 	Inviabilidade econômica para sua operação diária
1979- Figueiredo na Presidência	Designado grupo de planejamento operacional
1985 <ul style="list-style-type: none"> * ampliação da abertura * agudização da crise econômica * campanha "Diretas Já" 	Instituída Fundação
	Implantação progressiva dos serviços
	Aposentadoria Prof. Zerbini
	Sucessão do Diretor Geral
<u>Tancredo Neves morre no INCOR</u>	
1985- Nova República	Progressivo aumento da demanda e da oferta de serviços
1989 <ul style="list-style-type: none"> * Assembléia Geral Constituinte * Saúde como direito social * ampliação da função dos estados e municípios nos serviços de saúde * transição negociada (continuidade) * inflação sem precedentes 	Entrada de profissionais de outras especialidades
	Sucessão na Fundação
	Primeiras crises intermas: saídas ameaça de greve,
	novos contratos de trabalho
	Participação formal em reorganização do sistema de saúde e decisão pelo novo prédio
1989- Collor/ Itamar na Presidência	Limite de crescimento
1995 <ul style="list-style-type: none"> * início da abertura do mercado * crise de governabilidade * Plano Real 	Revisão da distribuição das receitas entre Instituições participantes
	Foco empresarial: orçamentação e custos
	Programa INCOR de Qualidade
	Início da "paralisia da sucessão"
	Diminuição da vantagem competitiva entre INCOR e outros centros
1995- FHC na Presidência	Espera e articulações para a sucessão
* Programa de estabilidade econômica	Novo debate: organizações sociais

A olho nu, o InCor, que continua a se destacar como um serviço confiável de um sistema de saúde em crônico estado de crise, hoje espera a sucessão, não tem planos definidos de futuro e apresenta-se como uma organização única. Mantém sua imagem de exceção, aparentando ser uma forma eficaz de serviço público, financiando-se prioritariamente através de verbas públicas, repassadas para a Fundação E.J.Zerbini. Da receita total, 36% dos recursos são provenientes do Estado de São Paulo, através do Hospital das Clínicas, 30% são obtidos por ressarcimento pelo governo federal, através do INAMPS. Recursos originários de convênios privados de assistência médica correspondem a 28% da receita total.

Na organização são atendidos muitos e complexos casos, tanto ao nível ambulatorial, como de internação. O seu quadro de médicos evidencia grandes nomes da medicina paulista, seguindo um modelo de gestão misto, onde operam simultaneamente leis de um mercado reservado, em termos de competitividade, como a saúde, e tradições provenientes da Academia, como burocracia pública.

Ao lado do primeiro prédio edificado e conectado com ele, em 1996, via-se uma enorme estrutura de concreto onde haviam instalado um novo conjunto ambulatorial no andar térreo. Os demais andares seguiam inoperantes, configurando obra em que as fundações foram construídas e alguns elementos de acabamento começavam a despontar lentamente.

Há cerca de doze anos, o poder formal interno na área médica e na Fundação é exercido por uma segunda geração, que tenta utilizar os meios disponíveis para se perpetuar. As áreas não médicas, com exceção da Enfermagem, são dominadas pelo grupo inicial, há quase vinte anos. A estabilidade do quadro caracteriza uma continuidade da gestão interna, independente de governos, em confronto com o que ocorre na maioria dos hospitais públicos, seguindo, em termos de gerenciamento interno, a lógica da sucessão universitária. O modelo de gestão financeira, através da mediação de uma Fundação, apesar de controverso, serve de exemplo para várias outras organizações de saúde.

Embora não componham o discurso da liderança formal atual, alguns temas ressaltam-se para o observador externo, tais como a inserção deste hospital no sistema de saúde, estratégias alternativas de captação de recursos financeiros pela Fundação e a periodicidade da alternância no poder formal. Este pode ser o temário relativo à governabilidade do Instituto do Coração, que se configura como exemplo atípico da típica interrelação/interpenetração brasileira entre Estado e Sociedade.

7.2. Planejamento organizacional e políticas de recursos humanos

A lembrança de que a questão recursos humanos ganhou dimensão estratégica na empresa moderna apenas em meados da década de 80 é fundamental para esta análise, pois, até o período em referência, falava-se em um departamento de pessoal limitado aos aspectos jurídicos e documentais da empresa.

Assim, o tema atualmente percebido como "recursos humanos" entrou em cena após a edificação da obra, nos limites do contorno desta idéia em 1975. Antes disto existia um grupo de médicos, liderado pelo Professor Titular em Cirurgia Torácica, cuja atuação ainda não tinha como base um patrimônio comum, ainda não se tratava de uma organização. Futuramente eles constituiriam a cúpula do Instituto.

No reconhecimento de que o tema recursos humanos não foi foco de atenção durante o planejamento, foi emitida idéia de que os idealizadores da instituição desconsideraram a formação e treinamento dos profissionais não médicos. Surge assim uma primeira e grande polêmica, pois quando se discute a questão recursos humanos na área de saúde, o médico não é rotineiramente considerado como um profissional alvo da área de atuação de recursos humanos, pois o médico não costuma ser percebido como recurso humano. Médico é médico e recursos humanos são os outros. É muito comum nos hospitais o uso da expressão "médicos e funcionários", o que demonstra que o médico não é visto como funcionário, apesar de ser assalariado, independentemente de sua posição na estrutura. No tocante a esta categoria, cabe à área de recursos humanos exclusivamente a função de controle burocrático referente a regras advindas da relação formal de trabalho, tais como horário de trabalho, férias, concessão de licenças, restringindo a amplitude de sua atuação aos serviços prestados pelo departamento de pessoal.

Há empresas que tratam seu quadro de dirigentes à parte do conjunto dos outros recursos humanos, estabelecendo uma relação de trabalho diferenciada com aqueles que integram a cúpula da organização, admitindo e formalizando o tratamento desigual entre desiguais, tendo como base da desigualdade a posição do indivíduo na estrutura. Nestes casos são previstas políticas de recursos humanos para todos os empregados e a concessão de benefícios adicionais, através de políticas diferenciadas, para o grupo percebido como a elite da organização.

Neste hospital, a abordagem destacada de todo o conjunto de médicos, evidencia que a base da desigualdade na organização é a categoria profissional a que pertence o indivíduo. O gerenciamento desta categoria é realizado segundo tradições e costumes de

sua corporação, através de um processo de socialização absolutista, por não haver qualquer previsão de separação e regulação de poderes.

O chefe, neste caso o Professor Titular, passa a ser o monarca, em quem concentram-se todos os poderes. Não há regulamentação e assim inexiste limitação do exercício do poder. Daí a inexistência de políticas explícitas de recursos humanos, que não são percebidas como instrumento de atuação adequado ao tratamento de elites.

A condução do comportamento efetiva-se através da transmissão de costumes, do ensino teórico e da prática ditada pela Faculdade de Medicina. O chefe é o professor que determinará toda a evolução da carreira do indivíduo, tanto na esfera organizacional, como no âmbito acadêmico. A rotatividade entre os chefes é mínima, pois cada escola cria suas próprias tradições, havendo pouco intercâmbio de profissionais entre as escolas. Não se identifica uma competição, nos moldes de mercado, pelos chefes/professores mais competentes. Cada um faz da sua especialidade o próprio principado. Neste cenário, a adaptação representa a única alternativa para o pretendente a uma carreira na cardiologia.

As entrevistas indicaram que os fatores determinantes para esta situação são a necessidade de formação profissional e posterior composição da imagem do profissional, o que determinará o valor de mercado do cardiologista, a moeda mais valiosa do jogo a que todos acabam por se submeter. O depoimento do dirigente, afirmando que ao médico não adaptável aos costumes em vigor é sugerida a mudança de especialidade, evidencia a rigidez assumida neste modo de gerenciamento.

O hospital edificado representava um ponto de intersecção entre duas estruturas: a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas. Em decorrência deste fato, as posições máximas do Instituto do Coração foram condicionadas pelas normas da Academia, uma vez que o regulamento do H.C. reserva aos professores titulares o seu exercício, caracterizando, conseqüentemente, as funções diretivas como atividades preponderantemente técnico-científicas. A administração das unidades é destinada à figura do Diretor Executivo, subordinado aos Professores Titulares.

Ou seja, os dirigentes do Instituto acabam por desempenhar, na prática, funções vitalícias. Há poucos professores titulares e eles costumam exercer sua atividade até a aposentadoria compulsória, aos setenta anos de idade.

Com a instituição da Fundação E.J. Zerbiní, foi introduzida uma terceira entidade que possibilitou a criação de uma rede de vínculos mais complexa. Regulada por estatuto, a Fundação passou a ser conduzida por um Conselho de Curadores, integrado, em grandes proporções, pelo mesmo grupo de professores universitários, a quem se associaram alguns empresários. O desempenho concreto das atividades da Fundação foi atribuído a uma Diretoria Executiva, constituída por pessoas que não perceberiam

remuneração pelo seu trabalho. Criou-se também um Conselho Consultivo, composto de modo semelhante ao Conselho de Curadores.

O acúmulo inicial das funções de Diretor Executivo do Instituto do Coração e de Diretor Presidente da Fundação demonstra com clareza o entrelaçamento das duas estruturas.

A Fundação representava um atalho, através do qual se viabilizava a persecução da estratégia básica de gestão de recursos humanos: a formulação da relação de trabalho segundo parâmetros diferentes daqueles obrigatórios sob o regime jurídico de direito público. Desta forma criaram-se condições propícias para a admissão sem concurso público, para o pagamento de adicionais e para o rompimento da estabilidade no emprego.

Além da possibilidade de formar-se e estabelecer sua rede de contatos profissionais através de renomada Faculdade de Medicina, a remuneração foi escolhida como um dos elementos centrais para a gestão destes recursos não humanos. Utilizou-se a estrutura hospital/fundação para promover compensação distintiva das demais unidades do Hospital das Clínicas, o que configuraria o método primordial para o alcance da diferenciação de serviços. Segundo os depoimentos, focalizava-se especialmente o tempo integral do médico a ser obtido através de modelo específico de remuneração. Segundo esta lógica, foram mantidos os benefícios associados ao emprego no setor público, sendo utilizadas as fontes de recursos da Fundação para a prática de novas formas de remuneração. Deu-se preferência ao estabelecimento de remuneração flexível, associada à produtividade.

Na época inovadora, principalmente na esfera da saúde, a idéia de remuneração viabilizou-se pelos meios que a cúpula detinha na época e seguindo os rituais centralizadores da corporação. Os vários sistemas de remuneração foram criados sem qualquer estrutura de mediação. O chefe da especialidade negociava com o representante da cúpula da Instituição. Não há parâmetros mínimos, as regras não estão escritas, assim como não se identifica uma lógica comum. Trata-se de negociação específica. Em determinados sistemas de remuneração percebe-se ênfase na produtividade individual, independentemente da inserção hierárquica do médico. Há especialidades em que apenas são elegíveis à remuneração por produção portadores de certos títulos acadêmicos. Certos sistemas contabilizam exclusivamente o resultado da equipe e dividem o valor correspondente pelo número de profissionais que compõem o grupo em questão. Há situações em que um montante financeiro é depositado na conta de banco da pessoa responsável pelo serviço, que distribui os ganhos de acordo com parâmetros absolutamente desconhecidos. Valores organizacionais que dirigem esta decisão não são identificáveis.

Outro mecanismo importante para ascensão profissional é o desenvolvimento de pesquisas, pois através delas o médico pode seguir a carreira acadêmica. Este caminho traz o benefício colateral de promoção da imagem do profissional nos meios especializados, uma vez que, apresentando seus trabalhos em revistas e congressos, o médico veicula seu nome entre os pares. Trata-se de uma forma de aprendizagem aliada à contribuição acadêmica. A obtenção do financiamento de pesquisas é subordinada ao parecer dos mesmos chefes/professores, que também determinarão o conjunto de nomes a quem serão concedidos os direitos de autoria. Também para esta decisão não se identifica a existência de políticas, prática que fomenta comentários acerca da existência de clientelismo na Fundação, organismo que distribui parte destes recursos financeiros. Em cada grupo de especialidade verifica-se um tipo de procedimento.

Resumidamente, a formação e gestão do médico apresenta-se como um mecanismo de educação da elite e ocorre de modo autocrático, centralizado, sem limitação de exercício de poder. Daí a inexistência de regras escritas e claras, relativas a esta categoria profissional, já que esse tipo de gestão prescinde de elementos de mediação, pressupõe a inexistência de conflitos e não prevê participação daqueles que não integram a alta direção do Instituto.

A formação do grupo de planejamento operacional, a quem foi atribuída a elaboração dos manuais de assistência, correspondeu à seleção e integração da alta gerência do futuro hospital. Uma alta gerência multiprofissional subordinada ao poder médico. Inaugurou-se deste modo a dupla linha de abordagem em relação aos profissionais que integrariam o Instituto. De um lado, os médicos, cuja ascensão é vinculada aos rituais da Academia e, de outro lado, os demais, a quem nunca seriam destinadas as posições de mais alto escalão. Este segundo grupo com seus futuros subordinados seriam o alvo de atuação da área de Recursos Humanos.

A linha de trabalho proposta ao grupo de planejamento operacional revela os conceitos e valores adotados pelos dirigentes da organização. O primeiro deles é que se tratava de grupo técnico que redigiria o comportamento esperado, depreendendo-se uma visão "taylorista". O segundo é a tentativa de previsão de comportamentos (e não de princípios que determinassem o comportamento), sem reflexão e adaptação pelo agente, evidenciando-se lógica de "standartização". O terceiro é a percepção de que a manualização é suficiente para determinar a assistência. Não havia no grupo nenhum profissional voltado à metodologia de divulgação deste conhecimento, nem mesmo para que estes manuais resultassem material didático. O pressuposto parece ser que a ordem escrita determinaria, por si, o comportamento esperado. Baixa ou nenhuma ênfase na comunicação, na obtenção do comprometimento. Trata-se por conseguinte de lógica autoritária, comum na época e mais constante ainda na prática hospitalar. Este trabalho seguiu isolado do grupo da elite médica por um ano.

A elaboração da estrutura organizacional foi concluída e apresentada a este grupo de planejamento, cujos componentes foram alçados a posições de destaque na estrutura hospitalar. Uma estrutura que segue a lógica tradicional de divisão por corporação. De um lado as áreas médicas (clínica e cirurgia) e, de outro, a diretoria executiva (médica) com vinte e seis subordinados diretos. A iniciativa da administração por programas tentaria posteriormente, romper esta lógica, sendo por isto um importante fator de desagregação da alta gerência não médica constituída por corporação. Desta forma o hospital retornou ao seu tradicional modelo de gestão.

O objetivo de diferenciação através da qualidade de serviço determinou, em termos de recursos humanos, a estratégia de diferenciação salarial, tendo como referência inicial o Hospital das Clínicas. O raciocínio básico era agregar algum sistema para concessão de ganhos adicionais comparando-se à remuneração praticada pelo H.C. O sistema desenhado para o médico foi posteriormente adaptado a funções cujo recrutamento no mercado apresentava maior dificuldade. Deste modo, estabeleceram-se adicionais, previstos como flexíveis, para funções-chave, cuja situação no mercado de trabalho condicionasse estratégia de recrutamento mais agressiva.

Pagando mais para algumas funções, o hospital poderia realizar uma seleção mais rigorosa. A seleção de pessoal foi conseqüentemente a primeira função atribuída ao que se designava na época por Unidade de Pessoal. O salário era visto como elemento estratégico e tratado ao nível dos dirigentes da Fundação e do InCor, que não fizeram uso de qualquer profissional especializado.

Em sistema onde a carência é tônica, a possibilidade de satisfação profissional, através de uma prática qualificada pela suficiência da oferta de recursos destinados à assistência dos pacientes, exerce intensa atratividade. Assim, provavelmente o processo de seleção foi facilitado pela possibilidade de recrutamento mais eficaz, derivada da oferta de melhores condições de trabalho, tanto em termos de remuneração para alguns, como por materiais e equipamentos disponíveis para a prestação de serviços. Importante fator de chamamento citado em entrevistas é a possibilidade de trabalhar entre profissionais de bom nível. Conviver com profissionais altamente qualificados permite maior aprendizagem, segundo a visão de muitos depoentes.

O desafio de se construir uma instituição altamente diferenciada pela qualidade de serviços prestados à população foi suficiente para a criação e manutenção de um clima de comprometimento, num cenário de ditadura militar. Até 1986 verificou-se intensa mobilização de funcionários para a construção do Instituto e sua combatividade limitou-se à busca de alguns interesses específicos, eminentemente vinculados à alimentação.

Ocorreu simultaneidade entre a mudança de atitude do corpo de funcionários com o reconhecimento social derivado da internação de Tancredo Neves. Os "funcionários"

deram-se conta de haver alcançado um patamar único no sistema de saúde, perceberam que o hospital era bom não apenas porque os médicos eram os melhores, pois os médicos que cuidaram do presidente "eleito" não integravam o corpo clínico do Instituto e utilizavam as demais equipes para prestar assistência. Esta vivência propiciou aos funcionários maior segurança e auto-estima, a certeza da própria diferenciação, ratificada pelo aumento da procura por pacientes provenientes de camadas sociais privilegiadas.

A adesão à greve de 1986 provavelmente tratou-se de agudização de conflito derivada da não antecipação efetiva da contradição existente entre os recursos humanos e os médicos. Tanto é que a medida adotada para a atenuação da tensão geradora do conflito foi a extensão do pagamento de adicional para todos os servidores.

Os resultados da negociação ocasionaram também consequências indesejáveis às duas forças do conflito. A decisão adotada rompia com a estratégia estabelecida pela cúpula, porque tornava fixa uma remuneração que se pretendia flexível e também porque não era prevista a generalização do pagamento. Pretendia-se destinar recursos adicionais exclusivamente para categorias profissionais em que era percebida necessidade de maior agressividade para recrutamento, seleção e retenção. Por outro lado, os funcionários acabaram por se perceber seqüestrados pelo pagamento de adicional, excluídos de seu grupo de referência, os servidores do Hospital das Clínicas.

Os esforços iniciais para a sistematização das atividades de recursos humanos coincidiram com as primeiras manifestações de conflito entre funcionários e administração, que culminaram com a adesão à greve de 1986. A partir daí percebe-se a primeira tentativa de formalizar a abordagem desta questão através da criação das unidades de recursos humanos: benefícios, treinamento e atendimento médico ao funcionário, com uma única coordenação. Esta sequência de eventos demonstra que a Recursos Humanos é prevista a atuação no sentido da mediação dos conflitos referentes aos profissionais não médicos.

O sistema de mediação compreendeu múltiplas frentes. A primeira delas foi a política de remuneração, que representou um sistema de concessão de expressivas vantagens, em termos de adicional fixo, àqueles que se submetessem às intensas restrições de trabalhar em unidade do Hospital das Clínicas onde o nível de exigência era nitidamente mais elevado. Entre 1986 e 1988 elaborou-se o conjunto de políticas de benefícios, que posteriormente foram sujeitas a pequenas atualizações. Alguns itens do programa de benefícios e de desenvolvimento evidenciam uma proposta de atenuação de conflitos sociais, e daí a ênfase em alimentação, transporte e educação básica. A terceira frente destaca-se por uma estratégia compensatória, no sentido de atenuar contradições através da concessão de benefícios adicionais aos funcionários de menor remuneração, o que se evidencia pela distribuição de material escolar, de brinquedos e de uniformes aos grupos técnico, auxiliar e operacional.

A dimensão do serviço de assistência médica ao funcionário, associada com as várias ocorrências de internação de parentes de servidores, demonstra a escolha desta atividade como alternativa de mediação. Pode-se inferir que, assim como instituições financeiras costumam traçar políticas de empréstimos a funcionários, empresas de informática muitas vezes elaboram regras para a compra de equipamentos e montadoras de automóveis organizam sistemas de venda especial de veículos aos seus empregados, este hospital optou pela assistência médica como mecanismo especial de mediação da contradição. A fala "daqui para frente, quando eu disser paciente, entenda funcionário", que representa o enfoque do serviço de assistência ao funcionário, demonstra a existência de uma articulada forma de exercício de poder, de dominação a partir do uso das competências organizacionais. O depoimento acerca do resgate da relação de trabalho em decorrência do atendimento em situação de crise de um familiar corrobora este raciocínio.

O trabalho de clima organizacional demonstra que, apesar da concessão praticada em decorrência da greve de 1986, os conflitos permaneceram latentes. Em 1988 eles reagudizaram-se sob nova forma, pois a opção por pagamento de adicional pela Fundação deu margem à ocorrência de várias ações trabalhistas, emergindo a necessidade de estabelecimento de relação de trabalho compatível com a legislação vigente. Daí a mudança de enfoque na administração de recursos humanos, com a ênfase no estabelecimento de novos contratos de trabalho e na elaboração e divulgação do plano de cargos e salários. A formalização da estrutura da área de recursos humanos consolidou-se no contexto desta transição, do pagamento de adicionais ao estabelecimento de uma dupla relação de trabalho, uma com o Hospital das Clínicas e outra com a Fundação. Trata-se da consolidação do fim da era Zerbini, com a saída de seu último assessor direto e com o estabelecimento de diferente modelo de relação de trabalho dos profissionais não médicos.

A conduta frente à categoria médica foi semelhante, estabelecendo-se o duplo contrato de trabalho, embora em muitos casos ocorra uma terceira ou quarta relação, que não são monitoradas, impedindo o controle da remuneração total deste grupo, pois faltam informações relativas a ganhos provenientes da Faculdade, de outros comissionamentos e de pagamentos efetivados por pacientes particulares no Instituto. A necessidade de integração entre múltiplas organizações e práticas coloca-se apenas no grupo médico, pois a Constituição permite aos médicos e professores a acumulação remunerada de cargos públicos, desde que haja compatibilidade de horários¹⁴⁴. Os

¹⁴⁴ BRASIL. Constituição 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado S.A. IMESP, 1988, art.37.

demais mantém dupla relação de trabalho. Nota-se outra vez a completa separação no enfoque explicitado por dois documentos distintos: a "Carreira do Corpo Clínico InCor" e o "Plano de Cargos e Salários InCor". Em sistema onde a mobilidade entre categorias é condicionada à qualificação através da educação formal, as alternativas de carreira apresentam-se limitadas a uma função específica, à avaliação de desempenho e ao tempo de exercício. O atrelamento das maiores posições organizacionais à carreira acadêmica na Faculdade de Medicina desloca o palco e os elementos de avaliação para ascensão profissional.

Em termos de recursos humanos verifica-se a divisão da história do Instituto do Coração em três fases:

1. até 1986 - época em que predominava a atuação do tradicional Departamento de Pessoal
2. de 1986 a 1989 - período de criação dos fundamentos de Recursos Humanos
3. a partir de 1989 - formalização, consolidação do sistema de mediações adotado

Uma possibilidade de leitura da dinâmica organizacional pós 1989 é que, uma vez estabilizada a organização e adotado o objetivo básico de aumento da produtividade, consolidou-se a estratégia de remuneração diferencial por produção dos profissionais nucleares, induzindo-se a produtividade através de quem deriva a demanda para todos os outros serviços. Esta alternativa forneceu elementos para reagudização das contradições internas, suportáveis devido às características de baixa competitividade neste mercado de recursos humanos. Os hospitais não disputam intensamente os melhores profissionais, gerando a baixa agressividade e flexibilidade das políticas de recursos humanos. Nota-se, por conseguinte, em termos de gestão de recursos humanos, uma prática mais assistencialista do que estratégica, que pode ser analisada no quadro a seguir:

QUADRO 2
COMPARAÇÃO ENTRE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

Política	Médico	Não médico
Definição do quadro de pessoal	Regimento do H.C. Orçamento define contratações adicionais via Fundação	Regimento do H.C. Orçamento define contratações adicionais via Fundação
Vínculos contratuais *	Faculdade de Medicina Hospital das Clínicas Comissionamentos diversos Fundação E.J. Zerbini Combinações entre alternativas anteriores (ilimitadas)	Hospital das Clínicas Fundação E.J. Zerbini Comissionamentos (poucos) Combinações entre alternativas anteriores (limitadas a duas)
Recrutamento (diretriz)	Foco no recrutamento interno	Foco no recrutamento interno
Recrutamento	Programas de educação (estágio e residência)	Hospital das Clínicas Fundação E. Zerbini Indicação
Seleção	Corporação (chefe)	Universitários - corporação (chefe) Níveis básico e médio - participação da área de R.H.
Jornada de Trabalho	Variável (plantão, dedicação exclusiva e período integral	Fixa - 40 horas semanais
Definição da Carreira	Combinação entre jornada de trabalho, titulação acadêmica e desempenho (decisão da Corporação)	Combinação entre sistema de pontos por função, tempo de casa e desempenho
Formação Profissional	Estágio Residência Médica	Decisão no âmbito da Administração Estágios (universitários paramédicos) Curso de Auxiliares de Enfermagem (CFACS)
Treinamento e Desenvolvimento	Reuniões clínicas Aulas Treinamento no trabalho Alta ênfase na pesquisa	Integração à instituição Administração Hospitalar (PROHASA) Bolsas de estudo Foco em educação básica Treinamento no trabalho Baixa ênfase na pesquisa
Remuneração (diretriz)	Alta competitividade	Média de mercado privado de 1a. linha
Remuneração (prática)	Salário fixo (indeterminado número de vínculos) Elegibilidade à remuneração por produção	Salário fixo (um ou dois vínculos)
Benefícios	Financiamento à pesquisa Aposentadoria privada Cesta de natal reembolso de mensalidade escolar Assistência Jurídica	Assistência médica, auxílio funeral, material escolar, brinquedos de natal, uniformes, cesta de natal Reembolso de mensalidade escolar Aposentadoria privada Assistência jurídica

* Todos os vinculos ocorrem com participação da Fundação E. J. Zerbini no pagamento do individuo

A análise do conjunto de políticas de recursos humanos adotados pelo InCor permite a reflexão sobre vários aspectos do sistema de gestão adotado.

Adota-se, predominantemente, uma relação mista, com duplo vínculo de trabalho em uma única jornada. A justificativa formal apresentada é o pagamento de duas horas suplementares de trabalho através da Fundação. De um lado, a relação de trabalho com o Hospital das Clínicas ou com a Faculdade de Medicina e seu regime jurídico de direito público; de outro lado, o vínculo com a Fundação, regido conforme os parâmetros estabelecidos pela CLT. Esta configuração tanto original, como questionável em sua legalidade, traz importantes decorrências. A primeira delas é a possibilidade de ruptura com a estabilidade da relação de trabalho: o funcionário que não atende as expectativas é desligado pela Fundação e, não suportando a exclusão, acaba por pedir transferência para outra unidade do Hospital das Clínicas. O segundo e fundamental impacto é a remuneração diferencial, fixa ou variável segundo a categoria profissional, que representa um dos elementos essenciais para que o InCor seja uma das organizações mais atrativas para o profissional desta especialidade. Trata-se conseqüentemente de um modelo de relação de trabalho que favorece o desempenho, dificultando a acomodação e a letargia comuns da relação estável.

O recrutamento é predominantemente interno. Albuquerque, Leme e Zaccarelli¹⁴⁵ apontam o risco da endogenia acarretada pela adoção desta linha de ação, "pois os defeitos e qualidades vão se acentuando, como na prole de casamentos consaguíneos". Efetivamente, nesta organização as possibilidades de inovação aparentam ser pequenas e absolutamente fiscalizadas, o que é compatível com um sistema de gestão rígido, centralizador e de baixo risco, uma vez que esta alternativa, aliada à supervisão constante permite um controle rigoroso da qualidade. As próprias características dos serviços prestados por instituições de saúde contribuem para a ocorrência desta modalidade de gerenciamento.

Os objetivos da seleção são condicionados pelas realidades encontradas pelos diversos grupos profissionais. No caso médico, tem-se em vista uma carreira, entendida como "seqüência de posições ocupadas e de trabalhos realizados durante a vida de uma pessoa, que envolvem uma série de estágios e a ocorrência de transições que refletem necessidades, motivos e aspirações individuais e expectativas e imposições da organização e da sociedade"¹⁴⁶. No caminho do médico, verifica-se, claramente, uma seqüência de posições e de trabalhos.

¹⁴⁵ ALBUQUERQUER, L.G.; LEME, R.A.; ZACCARELLI, S.B. *Recrutamento interno, plano de carreira e planejamento sucessório*. Departamento de Administração da FEA-USP, São Paulo, 1986 (mimeo).

¹⁴⁶ DUTRA, J. S. *Administração de Carreiras: uma proposta para repensar a gestão de pessoas*. São Paulo, Atlas, 1996. p.17.

Tratando-se de instituição em que o preenchimento das posições é determinado pela escolaridade formal, pode-se dizer que as alternativas de carreira dos integrantes do nível básico e elementar são absolutamente reduzidas. Neste caso, o objetivo da seleção é contratar objetivando exclusivamente determinado cargo.

Um terceiro grupo de profissionais, constituído por pessoal de nível universitário, situa-se, em termos de carreira, em um nível intermediário. Existem oportunidades de ascensão, porém limitadas. Não sendo médicos, mantida a regulamentação atual, eles não poderão ocupar posições estratégicas.

Nota-se que, na prática da organização, quanto maior a perspectiva de carreira, menor a influência da área de recursos humanos na decisão. A participação da área de recursos humanos, em outras organizações, serve como mecanismo integrador e de busca de uma racionalidade comum entre as diversas partes do todo. No caso Incor, as carreiras são entendidas e decididas dentro de cada corporação, coerentemente ao modelo de autonomia por feudo.

As práticas referentes à educação, treinamento, desenvolvimento e atualização também colocam o médico como figura central, pois da sofisticação do ensino e pesquisa médicos deriva a demanda para todos os demais profissionais. Alguns entrevistados relataram a introdução de inovações em áreas correlatas após a participação de médicos em congressos internacionais. Paralelamente observa-se um conjunto de esforços para a formação de um quadro gerencial que dê sustentação administrativa e para a educação formal básica do conjunto de funcionários. Desta forma, a aprendizagem coloca-se como elemento basilar da instituição e outro dos principais diferenciais geradores da atratividade dentro do mercado de recursos humanos.

O sistema de remuneração evidencia a pressão pelo constante aumento quantitativo da produção. A concessão, para alguns médicos, de ganhos variáveis segundo produção de serviços, induz o aumento da demanda das demais áreas, sem oferta adicional de ganho variável. As demais categorias profissionais são compensadas através de remuneração fixa superior à percebida pelos demais servidores públicos, mantendo os benefícios desta forma de relação de trabalho.

Esta política traz conseqüências para a organização em diferentes níveis de análise. Mencionou-se repetidamente nas entrevistas que o aumento da quantidade dos serviços prestados tem gerado redução de qualidade e, conseqüentemente, diminuição da vantagem competitiva frente a outras instituições congêneres. Existe a percepção da continuidade de um certo diferencial na qualidade dos profissionais e da assistência prestada no Instituto, aparentes sob a expressão de orgulho por trabalhar em ilha de excelência, destacado como fundamental fator de retenção. Por outro lado é constante a avaliação insatisfatória das condições de trabalho.

Outra decorrência deste mecanismo de compensação ressaltada em algumas entrevistas é que da alta ênfase em atividades assistenciais deriva uma baixa ênfase em atividades acadêmicas, que não são objeto de remuneração por resultado. Este impacto é parcialmente compensado por benefícios concedidos pela Comissão Científica.

Uma importante questão referente à prática da remuneração entre os médicos deve ser ainda destacada: a distribuição individual de ganhos. Se o fundamento desta prática é a competitividade e conseqüente retenção deste grupo profissional, faz-se necessário o cálculo da compensação total, para que seja possível comparar a remuneração efetivada com a realidade de mercado. Para que este número seja preciso, é necessário registro individual da remuneração por produção, ao qual deve-se também adicionar o pagamento efetivado através da prática da atividade privada no Instituto.

As políticas de benefícios e de assistência médica denotam claramente um sistema de gestão assistencial que demonstra ter alto impacto em populações de baixa renda, pois estes mecanismos podem representar proporções significativas da remuneração total do indivíduo. Segundo depoimentos, é baixíssima, quase desprezível, a rotatividade deste pessoal.

O conjunto das políticas de recursos humanos integram um sistema de gestão original, que, a partir do financiamento obtido pela Fundação, deu respostas que os modelos tradicionais foram impedidos de dar. A originalidade desenvolveu competências e gerou uma organização-objeto-de-referência no setor saúde. As políticas de recursos humanos em si têm demonstrado gerar condições de eficácia neste mercado de baixa competitividade. O financiamento continua a suscitar importante polêmica, sobre sua legalidade.

Sob a ótica de recursos humanos proposta por este trabalho, a legitimidade pode ser conquistada a partir da evolução deste complexo sistema de mediações. O caminho desta evolução passa pelo debate e transparência, pelo enfrentamento das questões polêmicas a partir da assunção de valores que determinem, esclareçam e justifiquem cada escolha adotada. Se o passado do Instituto do Coração já demonstrou, na prática, que a gestão de um serviço de saúde pode romper paradigmas e oferecer assistência exemplar, resta aos profissionais interessados no debate acerca de modelos de gestão, tanto pública, como privada, tanto da saúde, como de outros setores de atividade, apreender, debater, analisar e depreender a maior parte da gama de ensinamentos que esta experiência pode oferecer.

8. Conclusões

Entre os vários ensinamentos oferecidos pela experiência InCor, ela põe em evidência que uma organização pública brasileira pode ser edificada, mantida e, além disto, alcançar níveis globais de qualidade, apesar de jamais ter sido formalmente planejada, de não fazer sentido lógico/racional, de não ter amparo legal e de ser altamente onerosa para o Estado. A sua existência parece ter sido ocasionada pelo sonho e pela determinação de alguém, que soube gerar e aproveitar oportunidades, aglutinar pessoas de talento ao seu redor, e assim exercer o poder.

Esta liderança realizava-se por uma atuação em diversas frentes. As várias instituições de ensino da cardiologia representavam o poder formal. O professor Zerbini exercia cargos-chave na maior parte das instituições existentes no seu tempo e na sua área geográfica de trabalho. Acumulando o poder, ele o delegava em partes, conferindo plena autonomia dentro de um setor específico de atividades e reservando para si a articulação entre o poder político, entendido como o Estado e o poder técnico, composto, preponderante, quase exclusivamente, de médicos, no nível mais próximo ao professor.

A atuação estratégica conduziu paulatinamente à instituição de uma Fundação, para a viabilização do fluxo financeiro. A saída encontrada foi a articulação entre várias instituições públicas, através da criação de uma entidade privada, composta por integrantes das primeiras. A alternativa adotada é absolutamente questionável em sua legalidade.

A separação entre estratégia e operacionalização é representada, em um segundo nível, pela formação do grupo de planejamento operacional. Tratava-se de equipe preponderantemente não médica, que, ocupada com a tarefa, com a viabilização concreta, jamais entrou em contato com as decisões que envolviam a articulação com o poder político. Este grupo concentrou o poder dentro da organização, pouco delegou e ocupou inicialmente o conjunto de cargos de segundo escalão, tomando para si o encaminhamento das rotinas e procedimentos.

Segundo tradições da Academia, uma segunda geração assumiu o poder, com proposta e procedimentos diversos dos pioneiros. Consolidou-se um modelo de gestão autoritário e centralizador. A expansão de domínios e a lucratividade entraram em jogo de um modo diferente. Sob a condução deste grupo, a organização continuou seu caminho, alcançou pleno funcionamento e projeção nacional.

Considerando o conjunto das fragilidades do modelo surge, com força, uma questão: como o Principado conseguiu se estabelecer e se manter? Identificam-se três estratégias básicas de sustentação: investimento na imagem institucional, articulação

continua com o poder político e qualidade dos serviços prestados. A viabilização concreta destas estratégias deu-se através da fuga aos princípios do regime jurídico de direito público, fundamentalmente pelos sistemas de compra e de manutenção de materiais e equipamentos, e pela adoção de políticas diferenciais de recursos humanos (entendendo-se também a categoria médica como recursos humanos).

Há outras questões a serem estudadas que não foram suficientemente discutidas neste trabalho, entre elas as derivadas do mercado de equipamentos e insumos médicos no âmbito da cardiologia e aquelas relacionadas às questões jurídicas, à pouca nitidez de separação entre a coisa pública e o setor privado.

Frente à pergunta se o modelo InCor é algo a ser seguido, a resposta é ambígua. Sim, pela criatividade, flexibilidade e pela oferta de bons serviços. Não, pela pouca transparência no trato da coisa pública e pelo não estabelecimento formal de mecanismos reguladores de muitas das práticas na instituição.

Indubitavelmente é uma experiência a ser estudada, discutida, analisada, divulgada e melhorada. Neste momento identificam-se três frentes de atuação que reduziriam significativamente as fragilidades do modelo adotado: o incremento dos esforços para a captação de fundos indiscutivelmente privados, o estabelecimento e divulgação de parâmetros de remuneração por resultados segundo valores institucionais assumidos e declarados, além da criação de mecanismos representativos na gestão da Fundação.

9. Considerações finais: Políticas Sociais e Políticas de Recursos Humanos

Nas discussões anteriores deste estudo de caso, foi possível demonstrar a íntima correlação entre Política e planejamento organizacional. A correspondência entre planejamento e políticas de recursos humanos mostrou-se mais tênue, ou menos evidente, pela discreta variação ocorrida no período estudado. Características específicas do setor saúde, especialmente o fato de tratar-se de mercado não pautado pela competitividade, determinaram a pequena agilidade de mudanças e a baixa flexibilidade das políticas, quando elas existiram. Viu-se simultaneamente que frente à categoria médica não se verifica o estabelecimento de políticas, pela ocorrência de um poder absolutista. Frente à impossibilidade de separar a Política da prática de recursos humanos pela existência de um denominador comum, o exercício de poder, cabe analisar a correlação entre políticas sociais e políticas de recursos humanos, retomando o quadro teórico.

Sabe-se que as políticas sociais resultam de um pacto social, uma forma de governo, que pode ter o sentido de perpetuação da sociedade nos moldes em que ela está constituída e também de estabelecer os padrões mínimos aceitáveis. As políticas sociais funcionam como controle da relação indivíduo/Estado, diminuem o impacto dos conflitos sociais e favorecem a reprodução da capacidade de trabalho. Aposentadorias e pensões, legislação trabalhista, saúde, educação, assistência social e habitação integram o temário das políticas sociais.

Por outro lado, as políticas de recursos humanos apresentam-se sob a forma de regras e de alternativas de ação, um modo de direcionar a empresa, que além do sentido de perpetuação do poder, traz a possibilidade de limitar o poder dos seus agentes, através da redução das incertezas, pois esclarecem as regras do jogo. As políticas de recursos humanos funcionam como elementos caracterizadores da relação capital/trabalho, estabelecendo os termos desta relação, antecipando, absorvendo e transformando contradições, antes que elas se transformem em conflitos. Fundo de pensão, saúde, educação e assistência social integram o temário das políticas de recursos humanos do hospital estudado.

No tocante à forma, às funções e ao temário, clara está a possibilidade de analogia traçada na hipótese original deste trabalho. O elemento chave para traçar a correspondência entre as políticas sociais e as políticas de recursos humanos está no processo de mediação, de posicionamento frente às contradições e conflitos sociais. Demonstradas as semelhanças, cumpre deixar transparecer as dessemelhanças entre os dois conceitos, representadas essencialmente pela base de formulação, que remetem à

finalidade da organização social em que se colocam, uma maior (Estado) e outra menor (empresa).

Quando se discute acerca de políticas sociais, toma-se por referência básica o conceito de cidadania, algo que a pessoa tem direito pelo simples fato de haver nascido, não é pressuposta nenhuma modalidade de escolha. Surgem questões relativas à dignidade e padrões mínimos de vida. Elas traduzem uma visão democrática, de direitos humanos fundamentais, uma lógica de igualdade.

Por outro lado, o debate sobre políticas de recursos humanos remete a diferentes questões, àquelas referentes à utilidade, à eficiência, à possibilidade de alcance de objetivos estabelecidos. O indivíduo pode escolher em que organização vai trabalhar e a organização seleciona aqueles que correspondem ao perfil desejado. Ao Estado cabe a garantia dos mínimos, enquanto as organizações modernas tendem a adotar estes mínimos como ponto de partida, pois para serem competitivas devem praticar algo de diferencial. As políticas de recursos humanos apenas funcionam como padrões mínimos se considerado o conjunto de funcionários de uma organização, mas elas diferenciam os padrões da relação de trabalho naquela organização das demais. A concessão de benefícios, tendo em vista o estabelecimento de relações de trabalho específicas com determinados grupos, compõe o conjunto das políticas de recursos humanos. Por conseguinte, elas traduzem uma visão utilitária, de discriminação, uma lógica da diferença.

Perceber a correspondência entre as políticas sociais e as políticas de recursos humanos, através do processo de mediação das contradições e prevenção de conflitos na organização social em que elas se colocam, acarreta a necessidade de estudar uma nova atitude daqueles que se propõem a elaborar estas políticas. Uma atitude calcada em valores. Neste contexto, elaborar políticas de recursos humanos passa a carregar o significado de equacionar o debate dos temas básicos, as díades do estudo da política (justiça e força; igual e desigual; ideal e real; poder e dominação), sob a forma que eles aparecem na vida de uma organização, em um momento específico. Os parâmetros da relação de trabalho, os resultados desta mediação, traduzirão o consenso possível em uma dada circunstância histórica, tendo em vista o direcionamento da organização social, o governo da empresa.

Trata-se de auxiliar o debate de uma agenda, constituída pelas contradições existentes, nos limites das possibilidades reais de prevenção da agudização dos conflitos, tendo como objetivo contribuir para o estabelecimento do maior equilíbrio possível da relação de trabalho.

Usando o caso estudado como exemplo, a agenda poderia ser constituída por temas cujo debate, na específica esfera de competência, e encaminhamento, frente ao

conjunto da população, pode determinar avanços na relação de trabalho estabelecida. Alguns temas são sugeridos:

- Integração interinstitucional: Sistema Único de Saúde, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto do Coração e Fundação E.J. Zerbini.
- O autoritarismo e a centralização na gestão hospitalar. A impossibilidade de compatibilizar centralização, intolerância ao erro e criatividade.
- Integração entre gestão de médicos e não médicos, através da adoção de valores organizacionais.
- Visão de futuro e sucessão.
- Renovação e periodicidade de poder.
- Condições de trabalho.

Através deste trabalho não se pretende dar respostas ou inexistentes fórmulas de sucesso, pois considera-se muito mais provável que a análise e alternativas de encaminhamento surjam de pessoas que construíram e viveram a história da organização, desde que elas encontrem condições propícias, representadas por um clima de aprendizagem conjunta. A mediação eficaz auxilia na construção deste ambiente e na sistematização do debate, estabelecendo uma interlocução no sentido de obter a indispensável integração institucional, sob bases consistentes. Afrontar temas políticos e polêmicos pode ser indispensável para o esclarecimento das bases da relação de trabalho. As políticas de recursos humanos nada mais seriam do que a decorrência escrita deste processo.

10. Bibliografia

- ACKOFF, R.L. *Planejamento empresarial*. São Paulo, Livros Técnicos e Científicos Ltda., 1982.
- ALBUQUERQUE, L.G. Competitividade e recursos humanos. *Revista de Administração*, 27 (4): 16-29, 1992.
- ALBUQUERQUE, L.G. O papel estratégico de recursos humanos. São Paulo, 1987. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Economia e Administração da USP].
- ALBUQUERQUE, L.G.; LEME, R.A.; ZACARRELLI, S.B. *Recrutamento interno, plano de carreira e planejamento sucessório*. Departamento de Administração da FEA-USP, São Paulo, 1986 (mimeo).
- ALVES, M.H.M. *Estado e Oposição no Brasil (1964-1984)*. Trad. Clóvis Marques. 3ª ed., Petrópolis, Vozes, 1985.
- ARISTÓTELES *A política*. Trad. Nestor Silveira Chaves. s.l., Tecnoprint S.A., s.d.
- BARCELONA, P. Los sujetos y las normas: el concepto de Estado social. In: OLIVAS, E. *Problemas de legitimación en el Estado social*. Madrid, Editorial Trotla S.A., 1991.
- BAYLEY, K.D. *Methods of social research*. 3rd. Edition, New York, Free Press, 1987.
- BOBBIO, N. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 4a. ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
- BOBBIO, N.; BOVERO, M. *Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 3a. ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1991.
- BONAPARTE, T. ; FLAHERTY, J. *Peter Drucker: filosofia e métodos*. São Paulo, Pioneira, 1976.
- CAMPOMAR, M.C. Do uso de "estudo de caso" em pesquisas para dissertações e teses em administração. *Revista de Administração*, 26 (3): 95-97, 1991.
- CARDOSO, F.H. *Notas sobre estado e dependência*. Caderno 11, CEBRAP, 1973.
- CORIAT, B. Du Fordisme au post-fordisme. In: *Une decennie de modernization: quels modeles socio-productifs?* CNRS - Entreprises Agences Publiques Ministères, Paris, 1992.
- BRASIL. Constituição 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado S.A. IMESP, 1988.
- DALLARI, D.A. *Elementos de teoria geral do Estado*. 6a ed., São Paulo, Saraiva, 1979.
- DALLARI, S.G. *A saúde do brasileiro*. 2a. ed., São Paulo, Moderna, 1987.
- DI PIETRO, M.S.Z. *Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. São Paulo, Atlas S.A., 1996.
- DERTOULOS, M.; LESTER, R.; SOLOW R. *Made in America: regaining the productive edge*. MIT press, 1989.

- DRAIBE, S.M. *As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas*. In: IPEA/IPLAN -*Para a década de 90. Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas*. Brasília, 1990. (Coleção: Políticas Sociais e Organização do Trabalho. Volume 4).
- DRUCKER, P. F. *Administrando para o futuro. Os anos 90 e a virada do século*. São Paulo, Pioneira, 1992.
- DRUCKER, P.F. *A sociedade pós-capitalista*. São Paulo, Pioneira, 1993.
- DUTRA, J. S *Administração de Carreiras: uma proposta para repensar a gestão de pessoas*. São Paulo, Atlas, 1996.
- EPSTEIN, I. Subsídios para uma gramática do poder. São Paulo, 1990. [Tese de Doutorado - Escola de Comunicações e Artes da USP].
- FAUSTO, B. *História do Brasil*. 4ª. ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1996.
- FISCHMANN, A; ALMEIDA, M.I.R. *Planejamento estratégico na prática*. São Paulo, Ed. Atlas S.A., 1990.
- FLEURY, M.T.L. O simbólico nas relações de trabalho: um estudo sobre relações de trabalho na empresa estatal. São Paulo, 1986. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Economia e Administração da USP].
- FUNDAÇÃO E.J. ZERBINI "ZERBINI: mestre do coração. 1912-1993". São Paulo, 1993.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira*. 3a. ed. CBMM, 1992.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira*. 4a. ed. CBMM, 1993.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira*. 5a. ed. CBMM, 1994.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS *Perfil da Economia Brasileira*. 6a. ed. CBMM, 1995.
- GALBRAITH, J.K. *Anatomia do poder*. São Paulo, Pioneira, 1984
- GEORGOPOULOS, B.S. *Organization research on health institutions*. Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research, The University of Michigan, 1972.
- GRUPPI, L. *Tudo começou com Maquiavel*. Porto Alegre, L&PM Editores Ltda. 1980.
- GUIMARÃES, R.; TAVARES, R., org. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, ABRASCO, 1994.

- HIRATA, H.; MARX, R.; SALERNO, M.S.; FERREIRA, C.G. *Alternativas sueca, italiana e japonesa ao paradigma fordista: elementos para uma discussão sobre o caso brasileiro*. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da USP, 1991. (Coleção Documentos, Série Política Científica e Tecnológica, 6)
- JATENE, A.D. *Memorial apresentado ao concurso para Professor Titular de Cirurgia Torácica do Depto de Cirurgia da FMUSP*. São Paulo, 1982.
- KANITZ, S. *O Brasil que dá certo: o novo ciclo do crescimento 1995-2005*. 16a. ed. São Paulo, Madron Books, 1994.
- KINDIG, D.A.; RAMIREZ, B.; LASTIRI, S. *Casos en Administración de Servicios de Salud: un enfoque a la solución de problemas*. University of Wisconsin, Madison, Aupha, 1989.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, E.P.U., 1986.
- MAAR, W.L. *O que é política*. 14a.ed. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1992. (Col. Primeiros Passos)
- MACHIAVELLI, N. *O príncipe*. Trad. Torrieri Guimarães. s.l., Hemus - Livraria Editora Ltda, s.d.
- MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, 32(4): 32-41, 1992.
- MALIK, A. M. Formulação de políticas públicas: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo. São Paulo, 1991. [Tese de doutorado - Faculdade de Medicina da USP].
- MARGULIES, N. ; BLACK, S. " Perspectives on the implementation of participative approaches". *Human Resource Management*, 26(30): 385-412, 1987.
- MARTÍN, C.C. Democracia y derecho en la crisis del estado social. *Sistema (Revista de Ciencias Sociales)*, 118- 119: 63-77, 1994.
- MERTON, R. K.; COLEMAN, J.S.; ROSSI, P.H. *Qualitative and quantitative social research: papers in honor of Paul F. Lazarsfeld*. New York, The Free Press, 1979.
- MINAYO, M.C.ST *O desafio do conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde* . 3a. ed. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final*. Brasília, 1986.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE *A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório de seminário*. Brasília, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993.

- MOTTA, F. C. P. *Organização e poder: empresa, estado e escola*. São Paulo, 1985. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Educação da USP].
- OLIVEIRA JR., M. Administração de recursos humanos: um obstáculo à municipalização dos serviços de saúde? *Saúde em Debate* (28) 41-5, 1990.
- OPAS/OMS *Investigación de personal de salud*. Washington, D.C., 1985.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *Análisis de las organizaciones de salud*. Washington, D.C., 1987.
- ORTEGA, L. El Estado como instrumento de la sociedad. *Sistema (Revista de Ciencias Sociales)*, 118-119: 201-217, 1994.
- PAGÉS, M.; BONETTI, M.; GAULEJAC, V.; DESCENDRE, D. *O poder das organizações*. São Paulo, Atlas, 1987.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo, Cortez, 1986.
- PLATÃO *Diálogos: A República*. Trad. Leonel Vallandro. Ediouro S.A. s.d.
- PROPERSI, A.; ROSSI, G. *Associazioni e Fondazioni: costituzione, statuti e bilanci delle organizzazioni "non profit". Aspetti fiscali*. 4a. ed. Milano, DeLillo editore, 1993.
- ROUSSEAU, J.J. *O contrato social: princípios de direito político*. Editora Tecnoprint S.A. s.d.
- SANTANA, J.P. Gestão do trabalho no serviço público de saúde. *Saúde em Debate* (37): 66-69, 1992.
- SANTOS, B.S. O Estado, a sociedade e políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (23): 13-73, 1987.
- SEKIOU, L.; BLONDIN, L.; FABI, B.; CHEVALIER, F.; HORTS, C.H.B. *Gestion des ressources humaines*. Montréal, Les éditions 4L Inc, 1992.
- SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. *Health care management: a text in organization theory and behavior*. New York, John Wiley & Sons Inc, 1983.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1981.
- SKIDMORE, T. E. *Brasil: de Castelo a Tancredo, 1964-1985*. Trad. Mario Salviano Silva. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- SODRÉ, R.A. *No espelho do tempo - meio século de política*. São Paulo, Editora Best Seller, 1995.
- STEPAN, A., coord. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- TRAGTENBERG, M. *Administração, poder e ideologia*. 2a. ed. São Paulo, Cortez, 1989.
- VELLOSO, J.P.R., coord. *Governabilidade, Sistema Político e Violência Urbana*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

- WALKER, J.W. Human resource planning, 1990s style. *Human Resource Planning*. 13 (4): 229-240, 1990.
- WEBER, M. *Ciência e política, duas vocações*. São Paulo, Cultrix, s.d.
- WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbos, 3a. ed., Brasília, D.F., Ed. Universidade de Brasília, 1994.
- WILLMS, D.G.; JOHNSON, N.A. *Essentials in qualitative research: a notebook for the field*. Copyright by the authors, 1993. (mimeo).
- WOOD, S. Administração estratégica e administração de recursos humanos. *Revista de Administração*, 27(4): 30-38, 1992.
- YIN, R.K. *Case study research: design and methods*. Seventh Printing, California, Sage Publications Inc., 1987.
- ZERBINI, E.J. *Memorial apresentado para o concurso de Professor Titular do Depto de Clínica Cirúrgica da FMUSP*. São Paulo, 1969.

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- * Apresentação pessoal, acadêmica e da pesquisa
- * Objetivos
 - percepção da organização na sua evolução histórica
 - visão da organização hoje: estratégia, forma de estruturação e gestão
 - percepção da área de RH
 - análise de quem faz o papel de RH na área médica
- > histórico profissional do entrevistado
- > relato da história da organização
- > percepção da relação Fundação X INCOR
- > visão da organização hoje:
 - estratégia
 - planejamento
 - modelo de gestão
 - (médico e não médico) - como entender o poder médico
 - participação
 - mobilização
 - formas de representação
 - estrutura (evolução e avaliação da estrutura atual)
- > organização hoje X o sonho
- > o papel de recursos humanos
 - na estratégia
 - na estrutura
 - no processo de tomada de decisão
 - evolução histórica de RH
 - políticas de RH
 - RH na área médica
- > Avaliação de qualidade na organização do próprio serviço
- > Sugestões:
 - fontes
 - indicadores de produtividade e qualidade/ avaliação
 - indicadores da gestão de rh
 - cortes por período
 - análise por divisão/serviço
 - benchmarking

Anexo 2
Organogramas

a) Organograma médico simplificado

b) Organograma não médico simplificado